К.П.У.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, Картковому репертуарі та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 1 | 15 січня 1931 року | № 1

Харківська Держ. Бібліотека ім. В. Г. Короленка

Наші наступні міжрайонні наради райздоровінспекторів

Щоб якнайшвидче та успішніше пов'язати справу ознайомлення Наркомздоров'я з роботою місць, і районів — із напрямком, змістом роботи НКОЗ; щоб використати можливість щільно зв'язатися з робітниками районів, НКОЗ накреслив за пляном провести ряд міжрайонних (кустових) нарад райздоровінспекторів за участю окремих персонально запрошуваних райсанлікарів і головлікарів лікарень.

Наради провадитиме бриґада НКОЗ у складі члена колеґії та двох відповідальних робітників.

Порядок денний передбачено (орієнтовно) такий:

1. Завдання охорони здоров'я й 3-й рік п'ятирічки.
2. Контрольні цифри охорони здоров'я на 1931 рік.
3. Підготовка до переходу на систему єдиного диспансера.
4. Доповіді з місць.

Останній день нарад присвячується для загального інструктування периферійних робітників.

Протягом найближчих місяців передбачено провести 16 нарад, що мають охопити близько всі райони УСРР.

ЗМІСТ

I. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

I. Л. Злотнік — Перевибори рад і завдання охорони здоров'я.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Організаційна частина. Кадри. 1. Інструкція про порядок розподілу молодих фахівців вип. 1931 р. 2. Устава про районову лікарську раду. 3. Про участь органів охорони здоров'я, професійних організацій Медсанпраці та УЧХ у переведенні сільсько-господарської кампанії. 4. Про організацію курсів для селян у зв'язку з наступною весняною с.-г. виробн. кампанією (додано програм). 5. Про складення фінансового звіту за окремий квартал (додано інструкції та форми). 6. Про відпустки лікарям периферії на роботу по курортах УСРР. Санітарно-епідеміологічна частина. 7. Про забезпечення резерву інфекційних ліжок. 8. Про зв'язок із промсанлікарями в боротьбі з профзахворуваннями. 9. Про реорганізацію санбаклябораторій за типом міжрайонової санстанції (лист ВУЦВК'у). 10. Про участь червонохресних організацій в боротьбі з висипним тифом. 11. Про пильне виконання промисловістю постанов Уряду щодо заходів охорони здоров'я. 12. Про санобробку призовників і покликанців. Лікувально-профілактична частина. 13. Про меддопомогу підчас військових зборів терчастин. 14. Про попереднє мед. освідкування призовників. 15. Про порядок напрямлення психічно хворих.

III. ОБ'ЯВИ

Конкурси. Спис медробітників-дезертирів.
IV. Про інфекційні захворування по районах і містах УСРР.

I. Л. Злотнік

I. Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

ПЕРЕВИБОРИ РАД І ЗАВДАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

„Третій рік П'ятирічки буде роком розгорнутого соціялістичного наступу цілим фронтом, успішно початого партією й робітничою клясою“. (Із наказу ЦК КП(б)У депутатам рад).

Перевибори рад відбуваються у виняткова відповідальній обстановці.

Успіхи перших двох років п'ятирічки забезпечують розгорнення протягом третього року такого програму, що один тільки приріст продукції дорівнюватиме всій довоєнній продукції, чим стає певним виконання п'ятирічки в 4 роки.

Третій рік п'ятирічки має позначитись закінченням фундаменту соціялістичної економіки СРСР.

Розгорнутий соціялістичний наступ на всіх фронтах викликає відповідний опір від клясового ворога, що є в середині нашої країни та поза її межами.

Міжнародня буржуазія готує посиленим темпом інтервенцію проти єдиної країни диктатури пролетаріяту. Ось, процес „промпартії“ яскраво довів, що колишня російська буржуазія вкупі з творцями „роззброювальних“ конференцій, невтомно працюють над організацією інтервенції проти нас, провокуючи конфлікти з нами.

Куркульські елементи всередині країни намагаються зривати наше соціялістичне будівництво, утворюючи перешкоди запровадженню низки заходів, організуючи диверсійні акти тощо.

Економічній кризі, що роз'їдає капіталістичні країни, ми протиставимо велетенське будівництво соціялізму. Зростанню безробіття в капі-

талістичних країнах протистоїть збільшення робітничої кляси у нас. 1931 року робітнича кляса зросте на 2.000.000 чол.; безробіття в нас ліквідовано.

У капіталістичних країнах зростає експлоатація робітничої кляси, там знижують зарплату, погіршують умови соціяльного страхування і т. інш. А в нас невпинно збільшується кількість робітників, що їх переведено на 7-ми годинний робітний день; на безперервку ми маємо незабаром перевести всі підприємства.

Аграрна криза, злидні селянських мас панують у них, а в нас маємо зростання колективізації, в нас зростає технічне озброєння сільського господарства, ми ліквідуємо куркуля, як клясу на ґрунті суцільної колективізації. Капіталістичний світ роздирають клясові суперечності, що є між окремими капіталістичними групами, між колоніями та метрополією. У нас маємо ентузіязм трудових мас, що під керівництвом комуністичної партії все збільшують лави ударників, лави тих, що змагаються на соціялістичному будівництві, за кращу роботу, за виконання промфінпляну, за здійснення п'ятирічки за 4 роки.

Не зважаючи на „пророкування" опортуністів всіх ґатунків, робітництво та бідняцько-середняцьке селянство під керівництвом партії подолали всі труднощі й дійшли величезних успіхів в соціялістичному будівництві.

Оцю величезну суперечність між капіталістичним заходом та Америкою з одного боку й соціялістичною країною Рад з другого, буржуазія вкупі із соціял-фашистами прагне розв'язати озброєною силою. Третій рік п'ятирічки ще більше озброїть нас технічно й культурно. Ми маємо в програмі третього року такі показники, як 83,5 міл. тон вугілля, 25,5 міл. тон нафти, 16,1 міл. тон залізної руди, 8,0 міл. тон чавуну, 8,8 міл. тон криці, 6,7 міл. тон. вальцювання; програм загального машино-будівництва визначено сумою 2.483 міл. карб.; далі показники паперу й кардону становлять 661 тис. тон. Протягом року ми здобудемо 35 міл. бочок цементу. Зростання продукційности праці становитиме 28%, підвищення врожайности на 9,1%, зниження собівартости по промисловости (ВРНГ) передбачено на 10%. Виконання фінансового пляну становитиме 31,1 міліярди карб.

„На шляху виконання програми третього року п'ятирічки стоять великі труднощі, що на подолання їх потрібна величезна організованість та дисципліна, потрібно рішуче поліпшення якости роботи всіх ланок державного, господарчого й кооперативного апарату".

Третій вирішальний рік п'ятирічки висуває перед органами охорони здоров'я ряд найвідповідальніших завдань. Перше та основне з них — це скерувати всю роботу органів охорони здоров'я на те, щоб забезпечити виконання промфінплянів, щоб забезпечити виконання взятих темпів соціялістичного будівництва в промисловості та сільському господарстві.

Із цього основного завдання виходить ряд інших, що хоча діють самі собою, але водночас підпорядковуються згаданому основному завданню.

Наведемо тут такі завдання, як перевід мережі на систему єдиного диспансеру, зосередження максимуму уваги й коштів на посилення роботи щодо професійного відбору та профконсультації; посилення обслуговування робітничих підлітків диспансерним методом; сприяти збільшенню кадрів робітниць в промисловості, відкриваючи ясла, утворюючи місця громадського харчування та здійснюючи контроль їхньої роботи; невсипущий санітарний догляд гуртожитків робітників, нового будівництва, санітарного доброустрою міст, робітничих селищ і сел. Ми маємо ще такі зав-

дання, як поліпшення обслуговування колгоспників, утворення ясел для дітей колгоспників, вивчення профшкідливостей, що є в сільсько-господарській праці поряд промислової праці; посилення підготовки кадрів лікарів, середнього й молодшого медперсоналу.

Оцей коротенький реєстр не вичерпує всіх питань охорони здоров'я, що над ними ми маємо заходитися, але це є вузлові питання.

Хоча й маємо ми значні зрушення соціяльного чину щодо охорони здоров'я, як зниження загальної смертности з колишніх 30,5%, що було 1913 року в колишн. Европейській Росії, до 17,4, що ми їх маємо на Україні 1929 року, хоча значно знизилась у нас дитяча смертність, дійшовши 1928 року в Харкові 7,9, а по всій Україні — 15 (1929 року); хоча епідемічні захворування різко зменшилися (до 17,0 на 10.000 населення щодо черевного тифу, до 1,4 — щодо висипного, до 6,1 щодо різачки; до 0,02 — щодо натуральної віспи—не зважаючи на ці значні зрушення, ми маємо ще багато вогнищ інфекційних захворувань, через що й в цій галузі — в справі боротьби з епідеміями ми маємо ще величезні завдання. І з ними можна впоратися. Значною мірою це залежатиме від того, наскільки буде притягнено суспільність до справи охорони здоров'я.

Ради — це бойові органи пролетарської диктатури.

Ради в їхній практичній роботі повинні забезпечити виконання програму третього вирішального року п'ятирічки.

Організація та будування охорони здоров'я — є справа Рад.

У кампанії перевиборів рад візьмуть участь близко 80 міл. виборців по СРСР; по Україні кількість виборців сягає 17 - 18 міл.

І ось, підчас цієї справжньо-масової кампанії повинен лунати голос медробітника. Медробітники теж повинні взяти активну участь у перевиборній кампанії, допомагаючи, сприяючи запровадженню всієї кампанії. На звітних зборах треба висвітлювати досягнення та огріхи охорони здоров'я, що є в місті, районі, селі. Роботу секцій охорони здоров'я Рад, санкомісій сільських рад треба якнайширше обговорювати. Треба перевірити, як виконано колишні накази в частині охорони здоров'я.

Підчас обговорення нового наказу, медробітники повинні сприяти тому, щоб в наказах знайшли своє відображення та потрібний відбиток пункти з питань охорони здоров'я.

Включивши питання охорони здоров'я в загальний комплекс народньо-господарчих питань, міста, села та району, ми забезпечимо участь суспільности в справі здоровоохорони.

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ

1. ІНСТРУКЦІЯ

про порядок розподілу осіб, що закінчують медичні та фармац. ВИШ'і і Технікуми 1931 року.

Видано на розвиток постанови НКПраці СРСР з 4 жовтня 1930 р. № 104 („Известия НКТ СРСР" 1930 р. № 28

1. Всі особи, що закінчують 1931 року медичні та фармацевтичні ВИШ'і і технікуми так стипендіяти, як і не стипендіяти, напрямляються після закінчення на обов'язкову трирічну роботу.

2. Особи, що підлягають призову на військову службу, направляються на роботу на загальних підставах і призиваються до лав РСЧА з місць майбутньої роботи. Термін перебування в РСЧА на медичних посадах, зараховується до трирічної служби. Після закінчення військової служби їх відкомандировують з РСЧА до НКОЗ.

3. Розподіл всіх, що закінчили мед. та фарм. ВИШ'і й технікуми, провадить сектор кадрів НКОЗУ на підставі загального пляну, що його складається за погодженнямз НКПраці відповідно до заявок райвиконкомів, міськздоровінспектур та медсанупрів транспорту.

Сектор кадрів висилає завчасно кожному мед. та фарм. ВИШ'у або технікуму наряди на роботу для згаданих осіб, де зазначається, куди саме треба направити робітника.

4. Персональне направлення за нарядами НКОЗ провадить комісія мед. або фарм. ВИШ'у або технікуму в складі: голови директора ВИШ'у або завідувача технікуму та членів: представника міськздоровінспектури або райздоровінспектора, представника профкому ВИШ'у або технікума, представника МТС.

5. Персональне направлення окремих товаришів, що закінчили мед. та фарм. ВИШ'і, що атестовані на висування на адміністративні посади, провадить НКОЗ через комісію ВИШ'у в межах загального контингенту для певних районів або міст.

6. Підчас розподілу, за змогою, комісія ураховує бажання працювати в тій або іншій місцевості, а також зв'язок окремих т. т. через родинні обставини з певною місцевістю, причому т. т. із нацменів як-от поляків, німців, молдаван, греків тощо, перш за все направляють до відповідних нацрайонів УСРР.

7. Дипломи та свідоцтва усіх, що скінчили мед. і фарм. ВИШ'і та технікуми, на руки не видаються, а пересилаються до того органу, в розпорядження якого їх направлено. Разом з дипломом надсилаються трудсписок, який ВИШ або технікум складає на кожного що скінчив завчасно до розподілу.

Жодна особа з тих, що закінчили 1931 року мед. або фарм. ВИШ або технікум не може бути прийнята на роботу без відповідного наряду НКОЗ, що його видав ВИШ або технікум; в разі виявлення таких випадків винних адміністративних осіб буде притягнено до відповідальности.

8. Особи, що бажають з поважних причин виїхати після закінчення на роботу поза межі УСРР, повинні подати до комісії ВИШ'у або технікуму довідки відповідних органів охорони здоров'я про згоду прийняти цих т. т., причому остаточне вирішення цього питання залежить від сектору кадрів НКОЗ, куди комісія пересилає заяви, якщо визнає мотиви клопотання про перевід за поважні.

9. Жінок — дружин військових службовців кадрового начскладу направляють на роботу переважно в ті місцевості, де працюють їхні чоловіки.

10. Жінки вагітні на другій половині та ті, що мають дітей до 1 року, направляються на роботу, що не зв'язана з роз'їздами.

11. В разі надійдуть заяви будьяких з тих, що скінчили, про неможливість виїзду за станом здоров'я, ВИШ або технікум направляє такого товариша для обслідування до бюра лікарської експертизи, або окремої лікарської комісії, де немає бюра. Медична комісія повинна встановити не наявність хвороби взагалі, а разом з докладними клінічними явищами визначити, в яких саме умовах може працювати даний медробітник. Постанови медичних комісій щодо залишення в Харкові, Києві, Одесі, Дніпропетровському підлягають затвердженню НКОЗ, куди комісія в справах розподілу, що при ВИШ'і або технікумі, надсилає всі матеріяли.

12. Залишити тих, що закінчили 1931 року, в містах Харкові, Києві, Одесі, та Дніпропетровському з будьяких причин, без спеціяльного дозволу сектора кадрів НКОЗ,—забороняється.

13. Осіб, що закінчили ВИШ 1931 року, приймають на різні курси підготовки інститутів удосконалення лікарів виключно за рекомендацією профкому медичного інституту. Термін перебування на курсах зараховується до трирічної служби, і після закінчення курсів цих лікарів направляється для відслуговування протягом терміну, що залишається до 3 років.

14. Лікарі вип. 1931 року використовуються на посадах відповідно до того ухилу, за яким вони закінчили.

15. Райздоровінспектор або міська секція охорони здоров'я має право в разі відсутности можливости підготовити лікаря до самостійної роботи в межах району або міста, направити цього лікаря в обов'язковому порядкові до міжрайонних медсанустанов, або медсанустанов іншого міста або району завчасно поголивши справу з відповідними установами (наприклад — до сан, бак. лябораторії, дит. поліклініки, тубдиспансеру тощо).

16 Одночасно з виданням наряду на роботу (наряд ВИШ або технікум дає не пізніш 5 днів зі дня закінчення), молодому фахівцеві надається місячну відпуску без утримання (стипендіятам ВИШ або технікум виплачує стипендію за цей місяць), з додатком часу потрібного для переїзду з місця закінчення до місця призначення та виплачується аванс у рахунок компенсації за переїзд особам, що закінчили ВИШ—75 крб., особам, що закінчили технікум — 30 крб.

Примітка: Відпустку надається лише в тому разі, коли за останні 12 місяців перед закінченням ВИШ'у або технікуму студент не мав канікул.

17. На момент закінчення терміну місячної відпустки кожна особа, що закінчила ВИШ або технікум, повинна прибути на роботу згідно з нарядом, що йому видав ВИШ або технікум, причому орган охорони здоров'я, в розпорядження якого прибув молодий фахівець, виплачує йому згідно з постановою НКПраці СРСР № 804 з жовтня 1930 року:

а) вартість переїзду;

б) вартість перевозу майна до 140 кілогр.;

в) добові за час перебування в дорозі в розмірі $^1/_{30}$ місячної ставки за посадою, але не менш 2 карб. 50 коп., причому день виїзду та день приїзду вважаються за один день;

г) підйомні розміром $^1/_2$ місячної ставки за посадою;

д) заробітну плату за посадою за час перебування в дорозі;

е) у разі переїзду членів родини, що є на утриманні молодого фахівця, оплата вартости їх переїзду та перевозу майна, а також підйомні видаються розміром $^1/_8$ місячного заробітку молодого фахівця на кожного члена родини.

За переїзди до 25 кілометрів будьяких компенсацій в зв'язку з переїздом не виплачується, крім оплати дійсної вартости переїзду та перевозу майна (робітника та членів його родини).

Добові, підйомні та зарплата за час перебування в дорозі виплачується з розрахунку ставки за посадою, на яку медробітника призначено.

18. Молоді фахівці, що їх направлено на трирічну роботу на село та до фабричнозаводських або рудничних селищ, користуються всіма пільгами, які встановлено законом для фахівців у цих місцевостях, згідно з постановою РНК УСРР з 19 травня 1925 року. з 26 квітня 1929 року та з 24 серпня 1930 року.

19. Сільські та фабрично-заводські мед. сан. установи поза містами, куди направлено молодих фахівців, обов'язані забезпечити їх кватирею та компослугами натурою аоо оплатити такі за дійсною вартістю. В решті місцевостей молодих фахівців також треба забезпечити кватирями, але з умовою оплати за встановленим тарифом.

20. Молодих фахівців, направлених на трирічну роботу неможна звільняти за скороченням штатів до скінчення 3 років. В разі неможливости з будьяких причин використати їх надалі в районі або місту, про це негайно сповіщається НКОЗУ для призначення до іншого району та міста.

21. Про осіб, що відмовились виїхати за нарядом НКОЗ на роботу або виїхали та відмовилися зайняти посаду, що їм запропонували ВИШ'і та технікуми, або місцеві органи охорони здоров'я, сповіщають НКОЗ, зазначивши прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, якого медінституту або технікуму та адреси для оголошення в окремому спискові дезертирів праці в бюлетені НКОЗ.

22. Осіб, що внесено до цього списку, забороняється:

а) реєструвати та надавати їм роботу штатну або понадштатну по всіх мед. сан. установах;

б) допускати до підвищення кваліфікації, приймати на курси, інтернатуру, аспірантуру.

в) видавати їм диплом, або свідоцтво про закінчення ВИШ'ів або технікумів.

г) приймати до мед. ВИШ'ів осіб, що закінчили технікуми.

Крім того, НКОЗУ стягує з цих громадян кошти, що держава витратила на їх навчання, а також притягує їх до відповідальности за арт. 72 адміністративного кодекса та обіжником НКЮсту № 13.1.55.02.17 з 5 листопада 1930 року (відділ прокуратури).

Заступник Наркомздоров'я **Нагорний**
Керівн. сектора кадрів **Туркельтауб**
Погоджено: ВУК МСГ **Бородинський**
НКПраці Керівник групи інтелект. праці **Волк**

Затвердив: Нарком охорони здоров'я С. Канторовіч. 24/XII 1930 р.

2. УСТАВА

про районову лікарську раду при райздоровінспекторі

1. Щоб розробляти та обговорювати пляново-організаційні питання, що вимагають при розв'язанні лікарської компетенції, утворюється в кожному районі районова лікарська рада при райздоровінспекторі з правами дорадчого органу.

2. Склад районової лікарської ради: голова — райздоровінспектор і члени райсанлікар, головлікарі райлікарні, поліклініки, дитконсультації та тубендиспансерів, санлікарі, лікарі ОЗД, дільничні лікарі за призначенням райздоровінспектора, робітники вису-

ванці, що перебувають на керівній роботі по здоровоохороні, представник УЧХ, гарнізонний лікар, довірений лікар страхкаси та інші лікарі за призначенням райздоровінспектора

3. Районову лікарську раду скликає райздоровінспектор найменш 1 раз в місяць.

4. На засідання, в міру потреби, можуть запрошуватись, крім членів лікарської ради, лікарі різних спеціяльностей, а також представники різних організацій та установ (райпарком, райвиконком, страхкаса, профспілка і т. інш.)

5. До компетенції районової лікарської ради належать такі питання:

а) пляни та контрольні цифри здоровоохорони району;

б) мережа лікпрофустанов району, кошториси та пляни окремих медико-санітарних установ району;

в) питання боротьби з епідеміями, соцпрофзахворуваннями;

г) питання організації спеціяльної допомоги;

д) пляни диспансеризації окремих груп людности, широкі оздоровчі заходи;

е) питання міжрайонового медобслуговування людности;

ж) звітні та перспективні доповіді окремих завідателів медустанов;

з) звіти райздоровінспектора;

і) звіти представників громадських організацій в справі здоровоохорони (КОПП'и сільсанкоми, осередки здоровоохорони на підприємствах;

к) методологія та практика єдиного диспансеру;

л) раціоналізація медсанустанов;

м) питання медобслуговування Червоної Армії;

н) питання про виконання районового пляну здоровоохорони;

о) питання кадрів та підвищення кваліфікації медперсоналу;

п) наукові доповіді.

6. Всі постанови районової лікарської ради мають дорадчий характер і переводяться в життя після затвердження їх райздоровінспектором.

7. На випадок незгоди райздоровінспектора з постановою районової лікарської ради така постанова в життя не переводиться.

Усі на допомогу другій більшовицькій сівбі!
Усі на забезпечення її успіху!

3. Про участь органів охорони здоров'я, профорганізацій, МСТ, райкомів УЧХ та всіх медробітників у проведенні господарчо-політичних кампаній на селі в 1931 р., зокрема весняної сівби.

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів), профорганізацій МСТ, райкомів УЧХ, медробітників. Копія до НКОЗ АМСРР

Об'єднаний пленум ЦК та ЦКК ВКП(б) у грудні 1930 року намітив контрольні числа дальшого розвитку колективізації сільського господарства країни. Згідно з вирішенням пленуму по основних районах України колективізацію треба закінчити 1931 року. Наступна весняна засівна кампанія править за рішучий етап у переведенні суцільної колективізації та ліквідації куркуля, як кляси. На підставі вирішень пленуму всі партійні, професійні та громадські організації повинні взяти найактивнішу участь у підготовчій роботі та переведенні всіх господарчо-політичних кампаній на селі 1931 року, зокрема, підчас весняної сівби, сприяючи організації широкого добровільного вступу одноосібників до колгоспів. Вся ця робота провадитиметься в умовах розгорнутого соціялістичного наступу, загостреної клясової боротьби, через що вимагає мобілізації всіх сил. Участь медробітників у переведенні найважливіших господарчо-політичних кампаній на селі набуває величезного значення. Матеріяли обслідування ЦК Медсантруд свідчать про політичний зріст медробітників, що виявилося

в широкій та активній участі їх у переведенні низки політично-господарчих кампаній на селі, але велика кількість медробітників ще не бере участи в здійсненні генеральної лінії партії щодо роботи на селі.

Практичні заходи, що їх потрібно перевести на селі в зв'язку з зазначеними кампаніями, складаються з таких, що переводить НКОЗ вкупі з ВУК'ом МСТ та ЦК УЧХ, а також тих, що потрібно скласти безпосередньо в кожному районі органам охорони здоров'я спільно з райкомами МСТ та УЧХ.

Ось заходи, що їх накреслили НКОЗ вкупі з ВУК'ом МСТ та ЦК УЧХ:

1) Організація гуртків та курсів першої допомоги для утворення кадрів щодо надання першої допомоги по колгоспах, радгоспах та на полі, з закінченням курсів до початку весняної сівби. Передбачено підготовити 7.000 сестер для медпунктів першої допомоги та 22½ тисячі осіб з числа активістів та активісток села та, крім того, значну кількість тих, що закінчують гуртки першої допомоги—для завідування аптечками першої допомоги (розпорядження НКОЗ надіслано 6-І 1931 р. за № 31713).

2) НКОЗ дав розпорядження ВАУ (Всеукраїнське Аптекоуправління) заготовити 25.000 аптечок першої допомоги скороченого штандарту.

3) НКОЗ доручив ВАУ заготовити 250 тисяч окулярів-консервів, щоб забезпечити ними працюючих підчас молотьби, аби запобігти пошкодженню очей.

4) НКОЗ передбачає надіслати місцям велику кількість різної саносвітньої літератури.

5) НКОЗ опрацьовує вкупі з ВУК'ом МСТ та надсилає до районів найближчими днями плян заміщення вакантних місць медперсоналу через перекидання медробітників з великих центрів та райцентрів (колишніх округових міст).

6) Профорганізації МСТ повинні організувати не менш 500 бриґад медробітників у складі 3 осіб кожна на допомогу місцевим сільським організаціям для переведення роз'яснювальної кампанії щодо політичного значення весняної сівби та наближення медсандопомоги до соцсектора села. Термін виїзду цих бриґад призначено з 1 лютого ц. р.

7) Профорганізації МСТ повинні всіляко допомагати, як лекторськими кадрами, так і матеріяльно райкомам УЧХ у справі утворення гуртків та курсів першої допомоги.

Райздоровінспектори й собі теж повинні сприяти організації цих гуртків та курсів, а також пунктів першої допомоги до приїзду лікаря допомоги, що утворюють організації УЧХ.

8) НКОЗ в березні м-ці ц. р. передбачає скликати нараду (за прикладом Москви) з широким представництвом колгоспників та медробітників з периферії та за участи профорганізацій МСТ—для розв'язання питань про поліпшення та наближення медсандопомоги до соцсектора села.

9) Райздоровінспектори повинні вкупі з профорганізаціями МСТ та райкомами УЧХ скласти конкретні пляни міроприємств на підставі зазначених вказівок, подбати про те, щоби ці пляни були заслухані в РВК та РПК, з тим, щоб після цього своєчасно пляни довести до кожного медробітника в районі, а через них — до кожного колгоспу, радгоспу артілі, комуни.

10. Райздоровінспекторам треба забезпечити безперервне функціонування всіх медико-санітарних установ у районі протягом всього 1931 року

з тим, щоб тарифна відпускна кампанія почалася вже тепер, а до першого квітня 1931 року всі медробітники були на місцях. Відпускна кампанія повинна продовжуватися в жовтні, листопаді та грудні.

За місцевими умовами, з дозволу РВК, припускаються відпустки підчас перерви в літній сільсько-господарчій кампанії, але не більш 10% загального штату медробітників, беручи до уваги штат не окремої меддільниці, а всіх медустанов району.

Всі зазначені правила не стосуються відпусток медперсоналу, що їх зв'язано з необхідністю санаторно-курортного лікування, яке надаватиметься за вирішенням лікарських комісій.

11. Райздоровінспектори повинні пристосувати всі амбулаторно-поліклінічні установи району до польової праці, утворюючи для цього відповідні години прийому, де це потрібно.

12. РЗІ повинні встановити суворий клясовий підхід підчас прийому хорих до лікпрофустанов району.

13) РЗІ потрібно поставити, за допомогою РВК, питання перед правлінням колгоспів, адміністрацією та робочкомами радгоспів та МТС— про придбання за плату потрібної кількости аптечок та окулярів, надіславши до відповідної філії Всеукр. Аптекоуправління офіційні замовлення з точними вказівками щодо місця розташування та поштової адреси відповідних організацій, що замовлюватимуть ці аптечки та консерви (окуляри).

14) РЗІ повинні подбати про заготовлення місцевими засобами холщових торб (як у пастухів або школярів) — для зберігання деяких медикаментів і, головне, індивідуальних пакетів. Торбочками цими треба користуватися підчас чергування на полі та забезпечити ними широко МТС для обслуговування невеликих колон МТС.

15) РЗІ повинні забезпечити широку шпіталізацію гостро-заразних хворих (в першу чергу — з соцсектора села), залишивши по лікарнях тільки мінімальну кількість ліжок пологових, абортних та для швидкої хірургічної допомоги.

16) У всіх випадках сільського травматизму широко вживати протистовбнячної (правцевої) сироватки.

17) РЗІ розгорнути широку кампанію за організацію ясел, підшукавши для них помешкання, які на протязі лютого місяця привести в належний вигляд та забезпечивши ясла відповідним устаткуванням за рахунок самодіяльности населення, а також забезпечивши заздалегідь через кооперативні організації належну кількість продуктів.

Загально-санітарні міроприємства по лінії РЗІ:

1) Перевести огляд всіх існуючих касарень та гуртожитків, кухонь та громадських їдалень, харчових склепів, джерел водопостачання при них, праль, вбиралень та вжити заходів щодо приведення їх до належного санстану.

2) Зараз же намітити вкупі з адміністрацією та робочкомами житлові помешкання для розміщення сезонників та поставити питання, щоб терміново привести їх до належного санстану.

3) Перевірити підготовку до організації масового громадського харчування, як по колгоспах, радгоспах так і на полі (стан казанів, наявність посуду, ложок, кружок тощо) та як забезпечено доброю водою табори підчас праці на полі.

4) Перевірити стан лазень та поставити питання про обов'язкову їх експлоатацію для миття, подбати про утворення пересувних душів

примітивного типу з нагрівом води або нагрівом сонцем, для обслуговування в полі.

5) Вжити всіх заходів щодо організації дезінсекторів (вошебійок).

6) Забезпечити в місцях значного скупчення людей на полі утворення польового типу відхідників.

7) Розгорнути скрізь здоровосередки, поклавши на них обов'язки догляду санстану радгоспів, комун, артілей, колгоспів то-що.

8) Розгорнути широку саносвітню працю, скерувавши її переважно на питаннях попередження травматизму, подання першої допомоги та запобігання профшкідливостям сільсько-господарчої праці.

Всі РЗІ повинні подавати до НКОЗУ (інформгрупи) кожні 2 декади невеликі інформації про хід підготовчої роботи щодо реалізації накреслених міроприємств в районі. Профорганізації МСТ такі самі відомості і за такі самі терміни подають до ВУК'у МСТ, Райкоми УЧХ — до ЦК УЧХ.

Всім РЗІ треба зв'язатися з місцевими часописами, так і з „Радянським Селом", „Соцперебудовою" та „Українським Медробітником", висвітлюючи на їхніх сторінках підготовчу роботу та всі перешкоди на шляху реалізації накреслених заходів.

Всю роботу треба перевести під знаком широко розгорнутого соцзмагання між окремими лікпрофустановами та скласти соцумов из комунами, радгоспами та колгоспами.

Заст. Наркома Охорони Здоров'я Кустелян

ВУК М. С. Т. Мілер

ЦК УЧХ Затон

(Спільний об. лист НКОЗ, ВУК'у спілки Медсантруд і ЦК Укр. Черв. Хреста)

4. Про організацію курсів для селян у зв'язку з весняною с.-господарчою виробничою кампанією

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ), до секцій охорони здоров'я міськрад.

Копія до НКЗ АМСРР, міських і районних комітетів Укр. Черв. Хреста

Зараз по всьому соцсекторові села проводиться напружена підготовка до весняної сівби. Таку саму підготовку вже тепер повинні розпочати й районові медсанорганізації.

Першим завданням в цьому напрямкові є широке розгортання густої мережі гуртків та курсів першої допомоги для утворення відповідних кадрів.

В цьому напрямкові Наркомздоров'я і Центральний комітет УЧХ пробили такий погоджений плян масової підготовки кадрів для надання першої допомоги із самих робітниць (-ників) радгоспів та колгоспів.

1. Райкоми УЧХ повинні організувати до 7.000 гуртків першої допомоги, які притягнуть до початкової освіти близько 140 тис. людности. Ця маса членів гуртків буде відогравати ролю санактиву соцсектора села по осередках секціях здоровохорони. Керівництво в переведенні цих гуртків першої допомоги покладається на райкоми УЧХ під загальним наглядом та за допомогою райздоровінспектури.

2. Крім того, ЦК УЧХ через свої райкоми ще до весни 1931 року проведе 225 півторамісячних курсів першої допомоги спеціяльно для кол-

госпів та радгоспів. Слухачів (-чок) цих курсів вербуватимуть із самих робітниць (-ників) та селян (-нок) соцсектора села. Вони пройдуть підготовку на сестру (брата) жалібницю для пунктів першої або швидкої допомоги. Переведення цих курсів покладається також на філії та осередки УЧХ під наглядом райздоровінспекторів і за допомогою загальної медичної організації та адміністрації колгоспів, радгоспів і МТС.

3. Для того, щоб польові аптечки першої допомоги припоручити лише в руки людини, що більш-менш знається на справі першої допомоги,— НКОЗУ пропонує всім райЗІ, незалежно від $1^1/_2$ місячних курсів УЧХ, і поруч нього обов'язково і в найшвидчих темпах розгорнути короткотермінові курси для підготовки таборових уповноважених для завідування аптечками першої допомоги. Тривалість курсів 12 — 15 днів, по 2-3 години занять щоденно. Набір слухачок (-чів) — саме з колгоспниць (-ків) та радгоспниць (-ків), які б орудували аптечками, не відриваючись від сільсько-господарчої праці.

Райони, що колективізовані менш, як на 50%, проведуть не менш одного циклю лекцій для 30-40 слухачок; райони, колективізовані більш, як на 50%, — не менш, як два циклі занять на 70-80 курсантів разом; райони з медустановами міжрайонового значення проведуть не менш, як 3 циклі занять на 100 120 курсантів разом для себе і сусідніх районів. Медично маломіцні райони можуть провадити свої курси в таких міжрайонових центрах, погодивши справу з відповідними РВК.

Колгоспи та радгоспи повинні самі одібрати своїх кандидаток (-тів) на курси, самі і приставити їх на курси, забезпечивши їх на 2 тижні харчами.

Підготовивши громадську допомогу в цій важливій справі, — курсантів можна легко і безкоштовно розмістити по приватних кватирях.

РВК повинні сплатити лише невеликі витрати на оплату лекторам тощо.

На курси бажано вербувати переважно тих, що вже торік навчалися.

Всі курсанти на час навчання прикомандировуються до лікустанов, де й набирають під керівництвом медперсоналу практичного досвіду в медичній техніці.

Господарча частина лікарень організує короткотерміновим курсантам гарячий приварок з привезених ними продуктів.

Всі курси ($1^1/_2$-місячні червонохресні та скорочені наркомздоровські) треба закінчити до початку березня міс.

Першого лютого кожен райЗІ подає до інформгрупи НКОЗ коротеньке, але в цифрах, повідомлення, як іде справа, а 5 березня звіт про переведення курсів за формою, що її буде надруковано у бюлетені НКОЗ. Такі самі повідомлення дають і райкоми УЧХ до ЦК УЧХ.

В наслідок вищезазначеного пропонується:

1) негайно по одержанні цього кожному райЗІ вкупі з райкомом УЧХ і представником спілки сільгоспробітників проробити конкретний плян організації курсів та гуртків першої допомоги в районі та скласти доповідь на пленумі РПК та РВК;

2) через РПК та РВК скликати нараду з представників всіх колгоспів, радгоспів та МТС з участю професійного та громадського активу для інформаційної доповіді, розподілу обов'язків, та погодження щодо конкретного переведення курсів та гуртків;

3) всім учасникам: РайЗІ, Райкомам УЧХ, осередкам спілки, правлінням радгоспів, колгоспів та МТС домогтися в цій справі щільного кон-

такту та всілякої взаємодопомоги, причому УЧХ та РВК беруть на себе витрати на лекційну та навчальну сторону справи, а колгоспи, радгоспи, МТС та інші підприємства — витрати на транспортну, кватирну та харчову частину справи;

4) загальне керівництво, наглядання та відповідальність за термінове та повне виконання наміченого пляну покладається на РЭІ та на райкоми УЧХ — кожним в їхній галузі.

Наркомздоров'я **Канторовіч** Заст. Наркомземсправ **Дімант**

Заст. Голови ЦК УЧХ **Линиченко** Заст. Голови ВУК'у СГР **Ісаєв**

За Голову Колгоспцентру **Стасюк**

(Спільний обіжний лист НКОЗ, НКЗ, ЦК УЧХ, ВУК СГР, Колгоспцентру та Тракороцентру з 30 грудня 1930 р.).

ПЛЯН

розгортання короткотермінових курсів першої допомоги для соцсектора села

Райони (та міськради) що повинні перевести

а) по 3 циклі курсів:

1. Артемівський
2. Слав'янський
3. Бердичівський
4. Білоцерківський
5. Винницький
6. Могилів-Подільський
7. Жмеринський
8. Житомірський
9. Овруцький
10. Коростенський
11. Гуманський
12. Павлоградський
13. Кам'янський
14. Ново-Московський
15. Дніпропетрівський
16. Запорізький
17. Зінов'ївський
18. Київський
19. Конотопський
20. Глухівський
21. Кремінчуцький
22. Корсунський
23. Одеський
24. Березівський
25. Криворізький
26. Нікопільський
27. Лубенський
28. Миргородський
29. Хорольський
30. Лохвицький
31. Луганський
32. Старобільський
33. Маріупільський
34. Бердянський
35. Мелітопільський
36. Миколаївський
37. Вознесенський
38. Першомайський
39. Прилуцький
40. Пирятинський
41. Полтавський
42. Зіньківський
43. Кобеляцький
44. Червоноградський
45. Проскурівський
46. Кам'янець-Подільський
47. Шепетівський
48. Ст. Костянтинівський
49. Гайсинський
50. Роменський
51. Сталінський
52. Макіївський
53. Сумський
54. Лебединський
55. Гадяцький
56. Харківський
57. Ізюмський
58. Куп'янський
59. Богодухівський
60. Валківський
61. Вовчанський
62. Охтирський
63. Зміївський
64. Херсонський
65. Чернигівський
66. Ніженський
67. Черкаський
68. Смілянський
69. Золотоноський
70. Канівський
71. Козелецький
72. Остерський
73. Верх.-Дніпрівський

б) по 2 циклі:

1. Гришинський
2. Горлівський
3. Краматорський
4. Костянтинівськив
5. Лисичанський
6. Риківський
7. Попаснянський
8. Олександрівський
9. Васильківський
10. Близнюківський
11. Межівський
12. Перещепинський
13. Юрківський
14. Нов. Златопільський
15. Оріхівський
16. Алчевський
17. Рівеньківський
18. Білолуцький
19. Дмитрівський
20. Сорокінський
21. Успенівський
22. Марківський
23. Милівський
24. Осинівський
25. Чистяківський
26. Амвросіївський
27. Ізлучистський
28. В. Токмацький
29. Веселівський
30. Молочанський
31. Якимівський
32. Н. Одеський
33. Анатоліївський
34. Благоєвський
35. Зельцський
36. Спартаківський

37. Березніцький
38. Калініндорфський
39. Знам'янський
40. Н. Празький
41. Н. Український
42. Бобринецький
43. Братський
44. В. Висківський
45. Компаніївський
46. Лисаветградківський
47. М. Висківський
48. Новгородківський
49. Н. Миргородський
50. Милівський
51. Люксембурзький
52. Зачепилівський
53. Кегичівський
54. Нехворощанський
55. Березово-Рудський
56. Дробівський
57. Ковалівський
58. Оратівський
59. Іллінецький
60. Козятинський
61. Плисківський
62. Погребищанський
63. Ружинський
64. Вчорайшинський
65. Волочиський
66. Шполянський
67. Городищанський
68. ім. Петровського
69. Олександрійський
70. Стеблівський
71. Таганчанський
72. Чорнобаївський

в) 1 цикль — решта районів.

Затвердила:
Заступник Наркомздоров'я
М. Кустелян

ПРОГРАМ

короткотермінових курсів першої допомоги для колгоспів

Заняття I

Завдання курсів першої допомоги для колгоспів. Постанова ЦК ВКП(б) про медичне обслуговування робітників та селян. Побудова радянської охорони здоров'я. Роля самодіяльности трудящих мас в справі охорони здоров'я та форми самодіяльности (санітарні комісії, КОПШ'и, сануповноважені по колгоспах). Медично-санітарна допомога на селі. Єдиний диспансер та диспансерні методи роботи. Організація медично-санітарної допомоги підчас весняної сівби та жнив.

Практичні вправи: ознайомлення з обіжниками НКОЗУ щодо змісту заняття.

Заняття II

Основи анатомії та фізології. Клітина. Тканина. Органи. Кістяк. Суглоби та рухи в них. М'язи. Сухожилки. Діяфрагма. Кили. Травні органи, їх призначення. Складові частини їжі, потрібна її кількість, значення окремих складових частин. Дуплина рота, зуби. Язик. Слинні залози, їхнє значення для травлення. Шлунковий сік. Блювання. Кишки. Кишковий сік. Всмоктування в кишках Кал, гази кишок. Випорожнення. Ніс, горлянка, легені. Дихання. Склад повітря. Значення кисня. Як доходить він до окремих клітин. Як ті віддають вуглекислоту. Кров, її склад. Роля червонокривців для організму, роля білокривців і роля плазми. Зсідання крови. Серце. Його окремі частини. Судина та значення окремих судин для організму. Пульс. Нирки. Сечепроводи й сечовий міхур. Сечення. Значення нервової системи. Центральна й периферійна нервова система. Головний та спинний мозок. Нерви движні та чутливі. Око. Ухо. Ніс. Чоловічі та жіночі полові органи. Менструація. Заплідненння. Вагітність. Живлення плоду. Пологи. Шкіра. Потові, лойові залози нігті, волосся.

Заняття III

Основи загальної гігієни. Повітря. Склад його. Вогкість; порох у повітрі. Мікроорганізми. Від чого псується повітря, значення його для здоров'я людини. Вода. Умови, яким повинна відповідати вода. Фільтри. Колодязі. Вода, як шлях для ширення зарази і як цього запобігти. Ґрунт та шлях поширення зарази через ґрунт. Яке місце вибирати для житла. Осушка болот. Малярія. Житло, фундамент, стіни, підлога, стеля, горище, дах. Як боронитися вогкости житла. Вентиляція та її зоачення. Освітлення житла. Покидьки. Значення їх для здоров'я людей та як їх віддаляти. Одежа та білизна. Вимоги, щодо них ставить гігієна. Гігієна касарні та палубу.

Заняття IV

Особиста гігієна. Гігієна тіла. Значеня чистоти рук та нігтей для здоров'я людини. Глистюки кишкові. Значення чистоти тіла. Лазні, душі, ванни. Фізкультура. Зарядова гімнастика. Відпочинок. Користування сонцем, водою та повітрям.

Заняття V

Поняття про заразливі недуги. Мікроби, токсини. Як діють на мікробів температура, світло, вогкість, дезінфекційні речовини. Де бувають мікроби. Шляхи проходження їх до тіла людини. Хвора людина — джерело зарази. Способи передачі зарази: роля в цьому їжі, води, брудних рук, тварин, комах. Релігійні забобони. Способи проти поширення заразливих недуг. Як усунути джерело зарази (ізолювання хорого, карантин тощо). Яке значення мають поліпшені санітарно-гігієнічні умови для зменшення заразливих недуг. Щеплення віспи, холерної та тифозної вакцини. Протидифтерійна сироватка, Лікувальні щеплення проти сказу. Шкарлятина.

Санітарна освіта — її значення, як способу зменшити заразливі недуги. Що таке дезінфекція та дезінсекція. Найпростіші способи роби и дезінфекцію та дезінсекцію.

Виділення заразливого хорого: харкотіння, слина, сеча, кал, піт.

Як дбати за чистоту біля заразливого хорого й за особисту чистоту доглядача. Окремі правила догляду заразливого хорого за різних заразних недуг. Як знезаражувати виділення заразливого хорого. Як прати його білизну.

Як робити дезінфекцію посуду та речей догляду, що їх вживається біля заразливого хорого.

Практичні вправи — дезінфекція речей догляду тими засобами, що їх можна мати в помешканні хорого.

Заняття VI

Соціяльні та соціяльно-побутові захорування й боротьба з ними: туберкульоза, венеричні хороби, короста, трахома, ревматизм. Алькоголізм та проституція. Знахарство та боротьба з ним.

Заняття VII

Їжа, її складові частини. Як, що й скільки треба їсти. Значення їжі для здоров'я людини; годування дитини. Догляд якости харчів. Значення цього догляду для здоров'я громади. Громадське харчування в колгоспі. Як доглядати посуд. Медичний огляд куховарок та робітників їдальні. Громадське харчування на полі та санітарний догляд їх.

Заняття VIII

Гігієна господарчої праці. Вади та шкідливості праці підчас сівби, жнив, молотьби та як запобігти цим шкідливостям. Попередній огляд ремaнензу перед виходом на поле. Сільсько-господарчий травматизм.

Заняття IX

Перша допомога за кровотечі.

Кровотеча з артерій, вен, внутрішня, з носу, з уразу. Кровохаркання. Місця на тілі, де близько до поверхні тіла проходять артерії. Способи затамовувати кровотечу: притиснення пальцем, пов'язка, накладання жгуту, турнікету та інш. Як затамувати кровотечу з носу. Допомога за кровохаркання, за кровотечі з уразу. Допомога людині, що втратила багато крови.

Практичні вправи: Намацати пульс в різних місцях; відшукати місця, де треба натиснути, щоб спинити артерійну кровотечу; накласти жгут, турнікет, гнітючу пов'язку; за певним завданням надати окремим частинам тіла стан, якого треба за різних форм і місць кровотечі тощо.

Рани. Види ран. Забруднення ран та його наслідки. Асептика та антисептика. Як охоронити рану від забруднення. Як бути з раною забрудненою. Перев'язка ран. Головні типи пов'язок. Індивідуальний пакет, його склад та призначення. Як з нього користати.

Практичні вправи: Відкрити індивідуальний пакет, накладати найпростіші типові пов'язки на різні частини тіла. Накладати асептичну пов'язку.

Заняття X

Перша допомога за переломів кісток. Ознаки перелому кости; переломи закриті і відкриті. Переломи, що найчастіше трапляються. Ознаки перелому черепа, миски, ребер. Як подавати першу допомогу за переломів. Як здіймати одежу з тої частини тіла, де є перелом. Шини та способи їх вживання. Гипсова пов'язка. Імпровізовані шини. Як довго зростається переломана кістка. Переломи, що позросталися як слід та не як слід.

Практичні вправи: Роздягати ту або іншу частину тіла, де наче-б то переломано кістку; накладати пов'язки з шинами, імпровізувати шини.

Перша допомога за звихів та ударів. Що таке розтягнення зв'язок. Перша допомога за розтяження зв'язок. Звихи та їхні форми. Форма звихів, що бувають найчастіше. Перша допомога за звихів. Пов'язка з хустки. Як її імпровізувати. Удар. Перша допомога за удару.

Практичні вправи: Зробити пов'язки за звиху. Імпровізація з матеріялів, що є під руками; пов'язка хусткою.

Заняття XI

Що таке нещасний випадок. Що то є перша допомога за нещасного випадку. Непритомність. Ознаки смерти правдивої. Смерть неправдива. Перша допомога за непритомности, удавленому, утопленому, розбитому паралізою, вчаділому; за току взагалі та току через електричний ток, за чорної немочі, людині побитій, за теплового та сонячного ударів. Допомога людині, що горить; обвареній та обпеченій людині. Допомога за обпечення хемічними речовинами. Допомога обмерзлій та замерзлій людині, за різних отрут, отруєному алькоголем.

Практичні вправи: Подавання першої допомоги за різних нещасних випадків.

Штучне дихання. Коли саме його доводиться вживати. Способи його робити. Вдихання кисню.

Практичні вправи: Штучне дихання.

Транспортування поранених і хорих. Загальні правила переносити хорих та поранених. Переноска на руках (одним, двома та декількома восіями). Ноші. Різні їх типи. Як імпровізувати ноші. Як переносити на ношах, класти на них та з них знімати. Як нести з гори й на гору, по сходах. Пристрої до звичайного воза, щоби ліпше було перевозити пораненого. Санітарні карети, автомобілі, літаки. Інші способи перевозити поранених та хорих так за мирного, як і військового часу.

Практичні вправи: Переноска на руках одним та декількома людьми; переноска на ношах. Імпровізація ношів.

Заняття XII

Отрутливі речовини, що їх вживають за часу війни. Як і для чого їх вживають. Небезпека за майбутньої війни для мирного населення далеко за фронтом. Отрутливі речовини: газуваті, рідкі, тверді. Окремі види отрутливих речовин за їхньою чинністю на людей: сльозоточиві, нарівні, удушливі, отрутливі тощо. Противогаз, його побудова та вживання. Як здіймати противогаз. Що робити з одежою, взуттям тощо, на які потрапили отруйні речовини. Оборона масова. Як її організувати (протигазові захистки, загони для організації першої допомоги за часу чинности отрутних речовин тощо. Перша допомога отруєним цими речовинами. Догляд їх.

Практичні вправи: Вправи з протигазами, вправи допомоги отруєним різними отруйними речовинами.

Заняття XIII

Повторення програму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Холодний. — Гуртки та загони першої допомоги.
2. Кузнецов. — Сівба та здоров'я,
3. Олександровський. — Гігієна колгоспу.
4. Збірник обіжників НКОЗУ (1929 — 1930 р. р.).
5. Куток з плякатів „перша допомога".
6. Бібліотека колгоспника (що є в кожному районі).

Райбаза саносвіти (постачає наочне приладдя та літературу).

5. Про складення фінансового звіту за окремий квартал 1930 р.

До всіх райвиконкомів та секцій охорони здоров'я міськрад.

У зв'язку з закінченням окремого кварталу (жовтень-грудень 1930 року), слід скласти й подати до Наркомздоров'я фінансовий звіт, згідно з інструкцією та формою. що до цього додаються.

Термін надіслання звіту — 15 лютого 1931 року.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Керівник групи бухгалтерії **Довбищенко**

(Об. розп. НКОЗ з 8 січня 1931 р. ч. 626).

ІНСТРУКЦІЯ

про порядок складання РВК'ами та секціями охорони здоров'я міськрад фінансового звіту по місцевому фонду меддопомоги застрахованим за окремий квартал (жовтень-грудень) 1930 року.

1. Фінзвіт за окремий квартал повинен складатись із таких даних:
а) докладної пояснювальної записки;
б) відомостей про рух місцевого фонду меддопомоги (ф. № 2);
в) розрахунку із страхкасою з фонду меддопомоги (ф. № 3);
г) відомостей про виконання кошторису витрат (ф. № 5).
д) збірного балансу з фонду меддопомоги застрахованим на 1 січня 1931 року (ф. № 1).
2. Звіт треба складати, обов'язково додержуючись форми повним її обсягом.
3. У пояснювальній записці треба зазначити:
а) яка була решта фонду на 1 жовтня 1930 р. та яку суму фонда було одержано від ліквідованої округи;
б) в чому саме було одержано фонд від кол. ОВК (готівка, борги тощо).

П р и м і т к а: РВК та секції охорони здоров'я, що вели подвійне рахівництво, подають баланси також на 1 жовтня 1930 р.

в) охарактеризувати, як виконано прибуткову та видаткову частини бюджету фонду меддопомоги застрахованим, які були причини відхилень у виконанні бюджету від асигнувань;
г) від яких організацій і за що саме було одержано гроші;
д) детально перелічити, яка мережа та які заходи були на бюджеті фонду меддопомоги застрахованим на 1 жовтня і якою стала мережа на 1 січня 1931 року;
є) висвітлити інші моменти щодо фінансування та виконання бюджету, а також звітности.
4. Відомість про виконання кошторису витрат слід скласти в межах надрукованих 11 статей та 26 §§.
У поясненні до цієї таблиці слід обов'язково зазначити, що саме (які установи або які заходи) увіходить у кожний окремий параграф.
5. Розрахунок із страхкасою повинен обов'язково бути за підписом бухгальтера страхкаси.
6. Райвиконкоми та міськради, що по фонду меддопомоги застрахованим подвійного рахівництва не вели, складають баланс на підставі збірних відомостей від підлеглих установ з додатком даних по РВК або секції охорони здоров'я.
7. Складати баланс і записи по книгах у грудні треба робити так, як це робиться, закінчуючи рік, себто:
а) сальдо за рахунком витрат списати на рахунок фонду меддопомоги застрахованим;
б) за рахунком страхкаси нарахувати всю належну за квартал суму до відрахування до фонду меддопомоги застрахованим, хоча б і всієї суми не було одержано;
в) зробити додаткові записи, щоб решта за рахунок фонду в цінностях обов'язково дорівнювала сумі всього майна, крім грошей та розрахунків (себто суми вартости матеріялів, медикаментів, інвентаря та будівель).
8. Термін подання звіту до Наркомздоров'я — 15 лютого 1931 р.

Ф. № 2.

Місцевий фонд меддопомоги застрахованим

№№ з/ч.	Найменування статтів	Сума	№№ з/ч.	Найменування статтів	Сума
1	Витрачено за квартал .		1	Решта на 1 жовтня 1930 року	
2	Дефіцит минулого року		2	Належало одержати від страхкаси за 3 місяці	
3	Інші записи		3	Надійшло від:	
4	Решта на 1 січня 1931 р.			а) дотації від НКОЗ,	
				б) платні за лікування,	
				в) промисловости на утримання ясел,	
				г) дотації місцевого бюджету,	
				д) % % по поточн. рахунку.	
	Разом .			Разом .	

Ф. № 3.

Розрахунок із страхкасою по місцевому фонду меддопомоги застрахованим

№№ з/ч.	Зміст			№№ з/ч.	Зміст		
1	Заборгованість на 1-Х 1930 р.			1	Заборгованість на 1-Х на користь РВК або міськради		
2	Видано або зараховано РВК'у або міськраді.			2	Належало відрахувати до місцевого фонду меддопомоги застрахованим з розрахунку на . . застрахованих		
3	Разом по дебету . . .			3	За 3 м-ці по на одного застрахованого на 1 м-ць на кожного		
4	Решта на 1-І 1931 р. на користь РВК або міськради			4	Решта на 1-І 1931 р. на користь страхкаси		
	Разом .				Разом .		

Бухгальтер страхкаси

ВІДО

про виконання кошторису витрат по фонду меддопо

№№ по черзі	Найменування: Статтів / Параграфів	Остаточне асигнуван. на окремий квартал	Ст. 1 Зарплата, соцстрах, культком, М. К.	Ст. 2 Заходи охорони праці	Ст. 3 Госп. та канцеляр. витрати
1	Орг. витрати та статист.				
2	Заходи підвищення кваліф.				
3	Утримання Лік. Контр. Комісії . .				
4	Утримання Бюра Лік. Експертизи .				
5	Витрати на амбул. полікл. допомогу				
6	Участь в утрим. амбулят. полікл. устан.				
7	Витрати на меддопом. вдома . . .				
8	Витрати на ліжкову допомогу . .				
9	Участь у витр. на ліжк. доп. . . .				
10	Витрати на спецвиди меддоп. . . .				
11	Витрати на протезну допомогу . .				
12	Утрим. психіятр. ліжок				
13	Утрим. противенеричн. устан. . . .				
14	Участь у витратах противенеричн. установ.				
15	Утрим. протитуберкульозн. устан. .				
16	Участь у витр. протитуберкульозн. устан.				
17	Утрим. нерво-психодиспансерів . .				
18	Охматмлад				
19	Участь у витр. охматмлада				
20	Утримання ясел				
21	О. З. Д. П.				
22	Участь у витратах ОЗДП				
23	Витрати на санітарну освіту . . .				
24	Витрати на санепідемічні заходи .				
25	Витрати на нове будівництво . . .				
26	Витрати на капітальний рем. . . .				
	Разом. . . .				
	%% відношення .				

Ф. № 5.

МІСТЬ

моги застрахованим за окремий квартал 1930 року.

Ст. 4	Ст. 5	Ст. 6	Ст. 7	Ст. 8	Ст. 10	Ст. 11	Разом витрачено за окрем. кварт.	%% віднонен.
Відрядження	Інструмен. та апаратура	Інвентар	Медикаменти	Харчування	Фонд соціяльн. профілакт.	Витрати, що не мають постатійного розподілу		

Ф. № 1.

БАЛЯНС

стану рахунків ________ секції охорони здоров'я райвиконкому

(фонд медичної допомоги застрахованим) на 1 січня 1931 року.

АКТИВ ПАСИВ

№№ з/ч.	Назва рахунків	По секції охорони здоров'я	По підвідомч. установах	Разом	№№ з/ч.	Назва рахунків	По секції охорони здоров'я	По підвідомч. установах	Разом
1	Рахунок каси				13	Рахунок фонду меддопомоги застрах. . . .			
2	„ Поточн. рахунків.								
3	„ Матеріялів і продукц.								
4	„ Медикаментів . .				14	Рахунок фонду в цінностях .			
5	„ Госп. інвентаря .								
6	„ Медмайна та медінвентаря				15	Рахунок кредиторів			
7	„ Паїв, акцій, облігацій				16	Рахунок РВК або міськради . .			
8	„ Будівель								
9	„ Страхкаси . . .								
10	„ Дебіторів								
11	„ П/звітних осіб . .								
12	„ Відкрит. кредит. лікустановам . .								
	Балянс. . .					Балянс .			

Райздоровінспектор
Голова секції охорони здоров'я

Бухгальтер

Ф. № 4.

ВІДОМОСТІ

про мережу фонду меддопомоги застрахованим

	Кількість одиниць		Кількість одиниць	
	На 1/X-30 р.	На 1/I-31 р.	На 1/X-30 р.	На 1/I-31 р.
Поліклінік				
Амбуляторій				
Пунктів першої допомоги				
Лікарень				
Тубдиспансерів				
Тубсанаторій				
Нічних санаторій				
Дитячих санаторій				
Вендиспансерів				
Венпунктів				
Консультацій				
Молочних кухонь				
Ясел				
Світлолікарень				
Рентгенкабінетів				
Інших закладів				

6. Про відпустки лікарям периферії на роботу по курортах УСРР

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ)

Щоб надавати лікарям периферії можливість влітку працювати на українських курортах та більш ознайомити їх з курортовою справою, — Наркомздоров'я оголошує по Укркурупру конкурс набору лікарів периферії та промислових районів для заміщення посад завідувачів відділень та ординаторів в санаторіях, поліклініках на українських курортах в літній сезон 1931 р.

Набор лікарів провадиться за умовами, що їх буде оголошено в бюлетені НКОЗ та за умови згоди від відповідного райздоровінспектора тимчасово відпускати даного робітника на літній сезон 1931 року.

Наркомздоров'я пропонує райздоровінспекторам уважно поставитись до цієї справи і надавати найціннішим для периферії лікарям відпустки для роботи на українських курортах, що буде за заохочування робітників периферії з одного боку, а подруге — дасть можливість лікарям периферії ознайомитися практично з лікувальними факторами українських курортів і поліпшить безумовно якість відбору хворих на курорти.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Нач. Укркурупру **Кушнір**

(Об. розп. НКОЗ з 10 січня 1930 р.).

САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ЧАСТИНА

7. Про забезпечення резерву інфекційних ліжок

(Надіслано місцям 9-І 1931 р.)

До всіх райвиконкомів та міськрад

У зв'язку з порівняльно-невеликим розвитком 1930 року епідемії черевного тифу — більшість тимчасових пошесних бараків, організованих підчас епідемії 1929 р., було ліквідовано, приміщення їх було передано для використання за іншим призначенням, а значну частину епідемічного резерву реманенту та білизни було розподілено всупереч директивам Наркомздоров'я для постачання непошесним лікарням. Зокрема, по Донбасу та інших промислових районах численні приміщення та обладнання пошесних бараків, що їх було свого часу вилучено промисловими підприємствами за вимогами органів охорони здоров'я, зараз передано для інших потреб і, таким чином, у разі виникнення тих або інших епідемічних захворувань місцеві організації будуть у дуже скрутному стані (зокрема й тепер значна частина висипно-тифозних хворих залишається нешпіталізованою, являючи собою джерело розповсюдження пошесті).

Беручи до уваги цілковиту неприпустимість такого стану та враховуючи виникнення по УСРР значної кількости вогнищ висипного тифу, Центральна Надзвичайна комісія боротьби з епідеміями, з одержанням цього, п р о п о н у є:

1) по всіх містах, робітничих селищах та значних сільських залюднених пунктах обов'язково намітити приміщення, придатні для організації них пошесних бараків, і забезпечити можливість їх негайного звіль-

нення протягом 24 годин, коли виникне потреба утворити стаціонар для шпіталізації пошесних хворих;

2) простежити за тим, щоб не припускалося перебудови й переустаткування для інших потреб приміщень, яких раніш використовувалося для пошесних бараків, і щоб усі такі приміщення залишалися у виключному розпорядженні органів охорони здоров'я з обов'язковим поверненням останнім тих приміщень, яких протягом 1930 року було відібрано промисловими та іншими організаціями;

3) забезпечити цілковите зберігання епідемічних фондів білизни та устаткування, що їх було у свій час утворено за кошти центральних та місцевих протиепідемічних асигнувань, і дати категоричне розпорядження про те, щоб ані в жодному випадкові не припускалося вилучення з цих фондів будь-яких предметів обладнання для потреб загальних стаціонарів чи то для установ, що не підпорядковані органам охорони здоров'я.

Підкреслюючи невідкладну потребу виконати наведені пропозиції, Центральна Надзвичайна комісія нагадує, що Раднарком УСРР обіжним листом до всіх райвиконкомів та міськрад з 5 січня б. р. під ч. 6003/4 пропонує забезпечити протиепідемічні заходи потрібним персоналом, приміщеннями і транспортом, намітити запасні приміщення для організації в них пошесних бараків, а також повернути в розпорядження органів охорони здоров'я приміщення, що в них раніше були розташовані лікустанови.

На В/відповідь щодо виконання зазначених директив РНК УСРР та Центральної Надзвичайної комісії боротьби з епідеміями — Комісія чекає не пізніше за 25 січня ц. р.

За Голову Центральної Надзвичайної комісії боротьби з епідеміями — Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

Відп. секретар **Єфімов**

(Об. розп. НКОЗ з 9 січня 1931 р.).

8. Про зв'язок із промсанлікарями в справах боротьби з професійними захоруваннями та отруєннями

(Окремо не надіслано)

До райвиконкомів (РЗІ) і міськрад секцій охорони здоров'я

До НКОЗ надходять відомості про те, що секції охорони здоров'я і РайЗІ, одержуючи директиви та листування від НКОЗ у питаннях пром. санітарії, боротьби з профзахворуваннями і профотруєнням, не передають таких для виконання профзахбюро*) і промсанлікарям. Це зриває роботу на дуже важливій ділянці охорони здоров'я.

Отже, НКОЗ пропонує:

1) всі директиви і листування, які стосуються безпосередньо до роботи профзахбюр і промсанлікарів — передавати таким для виконання;

2) також ставити в курсі справ зазначені установи і осіб у питаннях, що не підлягають їх безпосередній компетенції, але стосуються загальних завдань щодо виявлення та боротьби з профзахворуванням, профотруєнням і травматизмом.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

(Об. розп. НКОЗ ч. 325—10-26 з 31 грудня 1930 р.)

*) Бюро боротьби з професійними захоруваннями.

9. Про реорганізацію санбакляборатрій за типом міжрайонових санстанцій

(Лист Секретаріяту ВЦЗК'у до всіх РВК'ів)

Після переходу на районову систему управління, колишні округові санітарно-бактеріологічні лябораторії перейшли на стан міських або районових, що зовсім не відповідає тому кадрові робітників і тому устаткуванню, що є в розпорядженні таких лябораторій. З другого боку — більшу частину периферійних районів або зовсім не забезпечено санітарно-епідемічним обслуговуванням, або ж там є дуже примітивна організація в складі 1—2 санітарних і лябораторних робітників, що не мають змоги користуватись з допомоги й консультації більш досвідчених і кваліфікованих фахівців санітарної справи.

У зв'язку з виникненням безпосередньої небезпеки розвитку висипнотифозних захворувань і з потребою за всяку ціну покращити санітарний стан залюднених пунктів — повстає невідкладне завдання зміцнити санітарне й протиепідемічне обслуговування районів, для чого слід у першу чергу використати цілком пристосовані для цього лябораторії колишніх округових центрів.

Виходячи з цього, Секретаріят ВУЦВК пропонує негайно за вказівками Наркомздоров'я приступити до реорганізації згаданих лябораторій за типом міжрайонових санстанцій. До складу станцій включити колишніх округових санітарних робітників (епідеміологів, комунальників, харчовиків). Обслуговування районів повинно переводитися за пляном, якого треба погодити з зацікавленими районами.

З усіма запитаннями й роз'ясненнями з цього приводу звертатися до Наркомздоров'я УСРР.

Заст. Секретаря Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету **Михайлик**

Завідатель Секретаріяту Президії ВУЦВК **Руденко**

(Лист ВУЦВК'у з 3 січня 1931 р. ч. 2)

10. Про участь червонохресних організацій в боротьбі з висипним тифом

До всіх місцевих (міських, районних, транспортних) комітетів УЧХ

Центральний Комітет Червоного Хреста УСРР має відомості про розвинення висипного тифу на терені України. Значна кількість районів мають чимало випадків захорування на висипний тиф. Відомо, що ця хороба передається вошою. Розповсюдження іде, головним чином, в місцях скупчення людей, нічліжках, будинках для приїжджих тощо. У людей брудних, що рідко миються та змінюють білизну, завжди є воші. Таким чином, як ви бачите, брудність та скупчення людей є елементи, що сприяють розвиткові цієї хвороби. Всяка хвороба виводить робітника з лав працюючих на той чи той час, що неґативно відбивається на виконанні завдань того або іншого підприємства або установи. Якщо хвороба набирає характер епідемії, а в даному випадкові висипний тиф в своєму розвиткові набрав характер епідемії, а масовість захорувань робітників заважає розвиткові та виконанню промфінпляна як в біжучому, так і в наступному році. Таким чином, боротьба з цією пошестю набуває політичного значення. Вкупі з іншими організаціями та державними установами на чолі з НКОЗУ, ЦК УЧХ повинен взяти найактивнішу участь в боротьбі з пошестю висипного тифу. Участь червонохресної організації буде полягати:

1) В притяганні медичного персоналу лікувальних установ червоного хреста для переведення саносвітньої роботи серед хворих, що відвідують поліклініки та амбуляторії, серед хворих, що перебувають в лікарнях та серед населення шляхом розмов, лекцій про висипний тиф, шляхи розпозсюдження та джерела виникання його, заходи боротьби з ним та профілактичні міроприємства.

П р и м і т к а: щодо відповідної літератури та приладдя по саносвітній роботі, то її постачають райздоровінспектори.

2) В використанні кадрів дезінфекторів з червонохресного активу, щоб переводити дезінфекцію та дезінсекцію в місцях виникання висипного тифу (житлокоопах, гуртожитках, нічних будинках, готелях тощо).

3) В організації виїзних дезінфекційних бриґад в села, де є хворі на висипний тиф, комуни, колгоспи тощо, на чолі з лікарем. Останній провадить саносвітню роботу, а дезінфектори, що під його керівництвом, переводять дезінфекційну та дезінсекційну роботу.

4) В використанні повнотою червонохресних сан., дез. установок, завантажуючи їх та підвищуючи пропускну здатність.

5) В акцентуванні справи щодо організації курсів дезінфекторів та збільшенні охоплення членів ЧХ цими видами навчання.

6) В дообладуванні та доустаткуванні лазень, що ще не працюють з приводу тих або інших недоліків.

7) В підвищенні пропускної здатности існуючих лазень та пралень звертаючи увагу на поліпшення санітарних умов в роздягальнях лазень та приймальних кімнатах.

8) В переведенні систематичної календарної дезінфекції та дезінсекції роздягалень в лазнях та приймальних кімнат пралень.

9) В розв'язанні питання про паливо та мило з Райздоровінспектором, якому дані відповідні, катеґоричні вказівки по лінії НКОЗ'ові щодо цього питання.

Центральному Комітету Червоного Хреста відомо, що деякі лазні та пральні не працюють за браком палива та зважаючи на неможливість до цього часу налагодити цю справу, зараз же гадаємо, що питання з паливом буде розв'язано, якщо комітети зв'яжуться з відповідними райздоровінспекторами, водними та дорожніми МСУ, які мають завдання допомогти вам в цій справі.

ЦК Червоного Хреста, підкреслюючи важливість завдання, його політичне значіння, пропонує найактивніше поставитись до цього, мобілізуючи ввесь червонохресний актив.

З приводу вищезазначеного Центральний Комітет Червоного Хреста встановлює 2-тижневий термін повідомлення про виконання цієї роботи, щоб можна було врахувати темпи роботи окремих комітетів.

Звичайно, що ЧХ Комітети свою роботу повинні погоджувати з відповідними райздоровінспекторами та провадити її за виробленим пляном.

Заст. Голови ЦК УЧХ **Лінніченко**

Мединспектор **Фамеліс**

(Об. лист ЦК УЧХ, погоджений з епідгрупою НКОЗ, розісл. 31 грудня 1930 р.).

11. Про пильне виконання промисловістю постанов уряду щодо сприяння заходам охорони здоров'я

(медсанбудівництво, боротьба з епідеміями тощо)

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів), міськрад (секцій охорони здоров'я), медсанупрів. Копія до НКОЗ АМСРР та уповн. НКОЗ в Одесі тов. Волкового

Нижчеподаний обіжник НКОЗ і ВРНГ УСРР має виключне значення для справи здоровоохорони, бо він виточнює зв'язок органів охорони здоров'я з господарчими організаціями й забезпечує належне фінансування здоровоохорони з боку промисловости. НКОЗ звертає увагу, що на всі органи охорони здоров'я й на кожного окремого робітника покладається велика відповідальність за здійснення заходів, передбачених в цьому обіжникові.

Треба домагатися як найрішуче, щоби до промфінплянів відповідних пром. підприємств і госпорганізацій було внесено належні асиґнування за заявками органів охорони здоров'я.

За виконанням цього обіжника треба встановити окрему контролю.

Наркомздоров'я **Канторович**

Беручи на увагу всю важливість справи належного медично-санітарного обслуговування робітничих мас, ВРНГ УСРР і НКОЗ УСРР пропонують неухильно й точно виконувати чинне законодавство про матеріяльну участь промпідприємств в медично-санітарному будівництві, протиепідемічних заходах та заходах колективізації дитячого побуту, а також організації медпунктів першої допомоги, передбачені постановою РНК СРСР з 26 грудня 1929 року (Зб. зак. СРСР 1930 р., ч. 1, арт. 6), постановою ВУЦВК'у й РНК УСРР з 20 березня 1929 р. (Зб. зак. УСРР 1929 р. ч. 10, арт. 77), та постановою ВУЦВК'у й РНК УСРР з 5 березня 1930 р. (Зб. зак. УСРР 1930 р., ч. 7, арт. 83) та постановою РНК УСРР з 20 березня 1930 р. (Зб зак. УСРР 1930 р. ч. 8, арт. 94).

На підставі постанови РНК СРСР з 26 грудня 1929 ролу (Зб. зак. СРСР 1930 р. ч. 1, арт. 6) всі новозбудовані й значно поширювані промпідприємства в УСРР обов'язково повинні передбачити по своїх промфінплянах кошти на будівництво медично санітарних установ при цих підприємствах. Коли місцева медично-санітарна мережа обслуговує декілька новозбудованних або поширюваних промпідприємств, що входять до складу різних промислових промоб'єднань, останні повинні передбачити по своїх плянах асигнування на будівництво або поширення медико-санітарної мережі пропорційно до ново-притягнутої робочої сили. В тих випадках, коли проєктовану медично-санітарну мережу призначається для одночасового обслуговування робітників новозбудованих і поширюваних підприємств, а також робітників існуючих підприємств, установ і околичної людности, участь промисловости в будівництві медично-санітарних установ встановлюється відповідно до питомої ваги новопритягнутих робітників в загальному контингенті, якого повинна обслуговувати дана медичносанітарна мережа.

Пляни нового будівництва й поширення медично-санітарних установ, терміни будівництва й розмір сум, що виділяє промисловість на цю мету, адміністрація підприємств повинна погодити з відповідними місцевими органами охорони здоров'я й передбачити в спеціяльних договорах. Копії цих договорів промпідприємства повинні надсилати до свойого об'єднання, а органи охорони здоров'я — до НКОЗ УСРР.

Стосовно до цих правил треба також здійснювати постанову ВУЦВК'у й РНК УСРР з 20 березня 1929 року „про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промислових районах“ (Зб. Уз. УСРР 1929 року, ч. 10, арт. 77).

Порядок участи й розмір асигнувань промпідприємств на справу колективізації й оздоровлення дитячого побуту точно вказані в постанові ВУЦВК'у й РНК УСРР з 8 березня 1930 року „про заходи колективізації й оздоровлення дитячого побуту“ (Зб. зак. УСРР 1930 р. ч. 7, арт. 83), а організацію медпунктів першої допомоги в постанові РНК УСРР з 20 березня 1930 року (Зб. зак. УСРР 1930 р. ч. 8, арт. 94).

Виконання завдання Уряду — організувати справу охорони здоров'я по промислових районах і по окремих підприємствах — залежить від правильного й своєчасного залічення до промфінплянів промисловости відповідних асигнувань для мед. сан. обслуговування робітничих мас та відпевної реалізації на цю справу.

Голова ВРНГ **Гавеман**

Наркомздоров'я **Канторовіч**

(Спільне об. розпорядж. ВРНГ та НКОЗ ч. 14—610—33 з 29 грудня 1930 р.).

12. Про санобробку призовників і покликанців до Червоної Армії

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів і міськрад; до медсанупрів. Копія до НКОЗ АМСРР

Наркомздоров'я має відомості, що покликанцям до Червоної Армії перед відправкою їх до місця служби не переводиться санітарної обробки, яку встановлено наказом Революц. Військов. Ради Республіки № 361—1928 р., на розвиток якого від Наркомздоров'я було дано низку директив. Наслідком цього часто повторюються випадки, коли покликанці прибувають до місця своєї служби в завошивленому стані. За останні часи в листопаді місяці такі випадки відправки покликанців до Червоної Армії без санобробки були в Кременчуці, Луганському, Глухові та Ніжені. Це неприпустиме явище свідчить про те, що місцеві органи охорони здоров'я, так транспортні, як і територіяльні, ставляться до виконання своїх обов'язків щодо санобробки покликанців недбайливо, не зважаючи на те, що ця робота є одне з найважливіших завдань органів охорони здоров'я.

Пропоную всім райздоровінспекторам, медсанупрам та секціям охорони здоров'я міськрад, покласти край цьому безладдю й встановити постійну контролю роботи санітарних лікарів, щодо найретельнішого санобслуговування покликанців, демобілізованих та військових мас, переводячи до відправки їх на залізницю медичний огляд, санобробку з дезінфекцією речей та білизни.

Розмежування функцій поміж транспортними та територіяльними органами охорони здоров'я полягає ось у чому: територіяльні райздоровінспектори та санітарні станції міськрад забезпечують переведення повної санобробки до відправки покликанців на залізницю, а санітарні лікарі транспорту встановлюють систематичний сандогляд умов перевозки, переводячи санобробку в залізничих банях та дезкамерах.

Організаційну частину цієї справи настільки повно з'ясовано та так детально розроблено, що надалі за порушення мого розпорядження й наказу Рев. Військ. Ради накладатиму найсуворіші кари.

Медсанупру Півд., Дон. зал., райздоровінспекторам Глухівського району та Луганського району, секції охорони здоров'я Кремінчуцької міськради пропонується негайно повідомити про стан санобслуговування мобілізованих, яких було покликано та відправлено в межах району їхньої діяльности.

Наркомздоров'я Канторович

(Об. розп. НКОЗ ч. 336—28—25 з 30 грудня 1930 р.).

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

13. Про меддопомогу підчас військових зборів терчастин

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів, до міськрад, виділених в окремі адмін.-госп. одиниці, до МСУ залізниць, до водсанупру

Копії. До НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ по м. Одесі т. Волкового

За час зимового періоду 1931 року буде переведено короткострокові (7-миденні) збори перемінного складу територіяльних частин.

Підтверджуючи потребу найактивнішої участи органів здоровохорони в організації медично-санітарного обслуговування зазначених зборів, НКОЗ пропонує:

1. Всю роботу по обслуговуванню зборів провести в суто пляновому порядкові, наперед встановивши разом із санітарними начальниками територіяльних частин, реченці та порядок переведення окремих заходів.

2. На час зборів прикріпити до кожного учбового пункту лікаря, персонально відповідального за все обслуговування зборів в медико-санітарному відношенні, дати йому потрібні інструкції і надалі перевірити його роботу.

3. У разі виявлено буде в районах комплектування територіяльних частин гостро-пошесних захворувань, своєчасно довести про них до відома командування і санітарних начальників, з визначенням заходів, потрібних для попередження появи та розвитку цих захворувань поміж тих, що навчаються.

4. Організуючи амбуляторну допомогу для тих, що навчаються, враховувати інтереси військової підготовки і, в разі потреби, призначити в громадянських амбуляторіях для їхнього прийому окремі години, за відокремленого ж розташування учбових пунктів — забезпечити переведення амбуляторного прийому на самих пунктах.

5. Щоб підвищить якість медико-санітарного обслуговування зборів, утворення громадської думки навколо цієї роботи і ширшого втілення до неї метод соціялістичного змагання та ударництва, звернути увагу місцевих організацій спілки „Медсанпраці" на потребу переведення відповідної виховної роботи поміж медробітників, що їх виділено для обслуговування зборів.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

(Об. розп. НКОЗ ч. 16—810—7 з 9 січня 1931 р.).

14. Про попереднє медичне освідкування призовників

До всіх райздоровінспекторів. До Наркомздоров'я АМСРР

Переведена подекуди окрвійськоматами на Україні за минулого призову спроба організації попереднього медичного освідкування призовних контингентів дала незадовільні наслідки. Всупереч вказівкам обіжника Наркомздоров'я УСРР і Військово-Санітарної Управи УВО з 10 січня 1930 р. № 68/ЛП, цей важливий захід у справі раціоналізації відбору контингентів до РСЧА не зустрів до себе належної уваги від громадянських лікувальних установ на місцях. Спостережено випадки не тільки формального, а й просто навіть недбайливого ставлення до обслідування, коли, наприклад, лікувальна установа відмічала в „медичній картці призовника" нормальний стан здоров'я, а при освідкуванні в призовній комісії виявлялись очевидні дефекти (кили, глухість, недостатня гострість зору).

У низці підготовних заходів до майбутнього чергового призову зараз передбачається обов'язкове переведення попереднього медичного освідкування всіх поголовно контингентів, що підлягають призову. Для цього штабом УВО розсилаються на місця потрібною кількостю блянки „медичної картки призовника", заготовлені централізованим порядком.

Громадянські лікувальні установи повинні за згаданим обіжником № 68/ЛП цілком забезпечити переведення наступного медичного освідкування контингентів чергового призову. Освідкування треба перевести в такий спосіб, щоб воно мало пляновий та системний характер і відповідало повною мірою на всі ті питання, що ставляться на розв'язання перед призовною комісією. Для цього громадянським лікувальним установам на місцях треба:

1. Обслідувати при освідкуванні кожного, що підлягає черговому призову, в голому стані, аби не перепустити без огляду жодної системи й органу.

2. Невідмовно обслідувати кожного, що звернеться до лікувальної установи, маючи на руках медичну картку призовника, незалежно від того, чи здоровий він, чи хворий.

3. Обслідування переводити можливо пильне та всебічне, послідовно за окремими системами та органами, оціновуючи ці останні за чинним розписом хвороб наказу РВР СРСР 1928 р. № 194, побудованим саме за спеціяльними системними захворуваннями. Провадячи освідкування, додержуватися такої схеми:

а) обмір росту, вага тіла й вимір погруддя (в момент дишньої павзи, в спокійному стані) — обов'язково;

б) зовнішній огляд: тип за Кречмером, правильність побудови тіла, стан угодованости;

в) органи грудинної клітини: легени й серце — дані перкусії та авскультації, якщо є потреба — й дані спеціяльного дослідження (рентґен, ляборторні дослідження);

г) органи почеревини: дані пальпації (шлунок, кишки, селезінка, печінка), за потреби — й відповідні дані спеціяльного дослідження (рентґен, аналізи);

д) нашкірні хвороби;

е) хірургічні захворування: звертати особливу увагу на статику та функцію органів руху (скривлення, вкорочення кінцівок, дефекти та скривлення пальців на руках і ногах і т. ін.), хірургічні захворування кровоносної системи, кили — пахвові, стегнові, пупкові та білої лінії (за килу білої лінії вважати тільки вправимі формування, відносячи невправимі до передочеревних жировиків), можливе випадання кутниці (обов'язково розпитувати), захворування хребетини;

є) нервові та психічні захворування: зінькові реакції, рефлекси (можливі органічні захворування центральної нервової системи), виявлення дебілів, епілептиків, психічних хворих тощо (обов'язково стверджувати документальним посвідченням);

ж) орган зору: обов'язкові дані скіоскопії та означення гостроти зору без корекції й з корекцією, окремо на кожне око, звертаючи особливу увагу на кон'юнктиви так нижнього, як і горішнього віка обох очей (можлива трахома);

з) орган слуху: обов'язкові дані отоскопії, випробування слуху, на шепітну мову на кожне вухо окремо.

4. Освідуючи звертати пильну увагу на можливість захворування на люес, венеричні хвороби, малярію та на часті випадки скарги на нетримання сечі. Констатуючи якесь із цих захворувань, треба спиратися не тільки на анамнестичні дані, але й стверджувати їх переведеним лікуванням; зокрема, про нетримання сечі потрібний особливо пильний анамнез та доказ його спеціяльним дослідженням або посвідченням довідками осіб, що заслуговують на безперечне довір'я.

5. Виявлені підчас освідування об'єктивні ознаки хворости занотовувати коротенько в „медичній картці призовника", не обмежуючись тільки одною діягнозою.

6. Обов'язково відмічати також у „медичній картці" наслідки переведених спеціяльних досліджувань, що потрібні для ствердження хвороби (рентґен, ляборторні дослідження). Спеціяльних досліджень можна не робити лише у випадках, коли дійсно їх неможна перевести через відсутність технічних можливостей на місці. Проте, в такому разі треба зазначити в картці причину, що через неї не переведено спеціяльного дослідження.

7. Щоб забезпечити плянове запровадження попереднього медичного освідування призовних континґентів, встановити громадянським лікувальним установам тісний зв'язок з місцевими військово-обліковими органами (для організації освідування одержати на потребу наказ РВР СРСР 1928 р. № 194 для загальної орієнтовки в роботі вреґулювання явок людей на освідування, щоб уникнути накопичення напередодні самого призову й т. інш.).

8. Щоб розв'язати можливі неясності медичного характеру так в організації, як і в техніці переведення медичного освідування призовних континґентів, встановити зв'язок з відповідними дивізійними лікарями, що керують медичною галуззю призовів на місцях (зв'язатися через відповідний військомат).

9. Для сприяння в роботі щодо переведення медичного освідування призовних континґентів вжити заходів за допомогою партійних та комсомольських організацій, щоб утворити на місцях групи активістів із числа комсомольців та колгоспників, що підлягають призову, і спиратися на них.

10. Виявляючи в процесі освідування хворих з числа призовних континґентів, що потрібують того або іншого лікування, брати таких хворих на особливий облік і лікувати їх першочергово.

11. По видужанні хворих з числа призовних континґентів після переведеного лікування треба призначити їм подальші явки до лікувальної установи для контролі та перевірки сталости наслідків лікування. Кількість і час контрольних явок призначати індивідуально залежно від характеру хвороби та тяжини процесу.

12. У разі повторного звертання когось із призовних континґентів до лікувальної установи по медичну допомогу протягом часу після першого попереднього медичного освідування, — приймати таких осіб невідмовно, а відповідні дані про зміни, що сталися в стані їхнього здоров'я, помічати так само в „медичній картці" (розд. 8 „помітки про наступні зміни стану здоров'я").

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**

Нач. Військово-Санітарної Управи УВО **Рапопорт**

(Об. розп. НКОЗ і ВСУ УВО, ч. 316-12 з 30 грудня 1930 р.)

15. Про порядок, як напрямляти психічно-хворих до психо-неврологічного хірургічного стаціонару

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (РЗІ). Копія до НКОЗ АМСРР

Психоневрологічний інститут у Харкові відкрив хірургічний стаціонар на 17 ліжок для різних операційних підмог у галузі захворувань центральної нервової системи, переважно для епілептиків після травми голови.

Щоб напрямити хворого на зазначені ліжка, треба:

1) Спершу провести консультаційний огляд хворого на місці лікарями-спеціялістами — хірургом, терапевтом та невропатологом.

2) Акт огляду зі вказівками здогадкової діягнози треба надіслати директорові психоневрологічного інституту в Харкові, проф. А. И. Геймановичу;

3) Хворого дозволяється напрямлювати лише після одержання відповіді від Психоневрологічного інституту про залічення його до стаціонару на точно зазначений термін.

4) Проїзд хворого повинні оплатити повнотою до м. Харкова організації, що напрамлюють хворого; проїзні гроші на зворотню подорож одночасно треба переказати до Харківського Психоневрологічного інституту для видачі їх хворому на поворотній проїзд (адреса Психоневрологічного Інституту — Харків, вул. Карла Лібкнехта ч. 4).

5) Без виконання зазначених умов хворих не прийматимуть до зазначеного стаціонару Психоневрологічного Інституту, і вся відповідальність за повернення хворого покладатиметься на осіб та організації, що неправильно напрямили хворого.

Заст. Наркомздоров'я — керівник медсансектора **Кустолян**
Заст. керівника лікпрофгрупи **Аронштам**

(Об. розп. НКОЗУ ч. 225-3-19-10 з 30 грудня 1930 р.)

II. Об'яви

1. Конкурси

I. Щоб заповнити посади на українських курортах лікарями периферії, Українське Курортове Управління оголошує серед лікарів периферії та промислових районів, за згодою з НКОЗ, конкурс*) на заміщення у літньому сезоні 1931 року на українських курортах — Одесі, Слав'янському, Бердянську, Миргороді, Гопри на Херсонщині, Галячі, Соснівці та Кирилівці на Мелітопільщині — посад завідувачів відділень, консультантів поліклінік та ординаторів лікувальних установ курортів.

Потрібні такі спеціялісти: терапевти, гінекологи, невропатологи, фтизіятри, фізіотерапевти, педіятри й ляборанти.

Термін роботи на курорті — з 14 травня до 30 вересня 1931 р.

Умови прийому: для заміщення посади завід. відділення на консультантів поліклінік потрібний 10 річний лікарняний стаж з даної спеціяльности й для ординаторів — трирічний лікарняний стаж.

Перевагу надаватиметься особам, що мають наукові роботи.

Умови оплати: зав. відділення одержує 250 крб. та безплатне помешкання, а ординатори 160 крб. на місяць та безплатне помешкання. За роботу в курортовій поліклініці зав. відділення одержує додаткову оплату.

До заяви додається: докладне життєписання та згоду райздоровідділу на відпуск лікаря для роботи на курорті. Заяви подаються до Укркурупру, Горяїнівський пров. № 4.

Останній термін подання 25 лютого 1931 р.

II. Харківський Медичний Інститут оголошує конкуус на такі вільні посади:

1. Одного штатного асистента клініки очних хороб.
2. Одного поверхштатного ординатора нервової клініки.
3. Одного штатного ординатора факультэтсько-терапевтичної клініки.
4. Одного ляборанта катедри соц. гігієни.
5. Одного поверхштатного асистента катедри оперативної хірургії.
6. Одного штатного асистента (½ ставки) з дієтотерапії.
7. Одного штатного асистента (½ ставки) з ендокринології та органо-терапії.
8. Одного нештатного асистента з дієтотерапії.

Термін конкурсу до 20 лютого 1931 р.

*) Див. обіжн. у цьому таки бюлетені на стор. 21.

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі треба надсилати до Мед. Інституту вул. К. Лібкнехта 41.

До заяви треба додати короткий життєпис, наукові роботи, відповідні документи про службу та громадську працю.

III. Одеський Державний Психоневрологічний Інститут оголошує конкурс на заміщення вільних посад.

а) Відділ соціяльної психоневрології
Завідатель 1
Асистент 1

б) Клінічний відділ психоневрології
Завідатель 1
Ординатор-асистент 1

в) Клінічний відділ проф. патології нервової системи
Завідатель 1
Ординатор-асистент 1

г) Клінічний відділ інституту
Асистент-невролог 1
„ невролог-хірург 1
„ психіятр 1

д) Фізіотерапевтичний відділ
Завідатель 1
Асистентів 1

е) Анатомічна ляборатoрія
Завідатель 1
Асистент 1

ж) Гісто-патологічна ляборатoрія
Завідатель 1
Асистент 1

з) Диспансер
Зав. (лікар психоневролог) 1

и) Ляборатoрія експериментальної фізіології
Завідатель 1
Асистент 2

Особи, що бажають брати участь у конкурсі, повинні подати до Психоневрологічного Інституту (Одеса, вул. Свердлова № 27) такі документи:

1. Копію диплома.
2. Автобіографію.
3. Перелік наукових праць та самі праці.
4. Атестації спілок та персональні.

Заяви прийматимуться до 20 лютого 1931 року.

IV. Київський Інститут Охматдиту оголошує конкурс на заміщення трьох посад асистентів відділу фізіології та патології жінки—терміном до 15 лютого ц. р.

Умови: Стаж в спеціяльних установах не менш 5 років, бажано педагогічний стаж. Заяви з додатком докладного життєпису, наукових праць та висновків громадських, професійних і партійних організацій — надсилати на ім'я директора Інституту Охматдиту м. Київ Повітрофлотська соша № 24.

2. СПИС МЕДРОБІТНИКІВ-ДЕЗЕРТИРІВ

Зазначеним тут особам НКОЗ пропонує не надавати роботи *).

Прізвище	Де працював	Посада	Примітка
1. Крис Е. Б.	Шепетівський район	Вакцинатор	Напрямлений порядком пересунення за нарядом 940
2. Карсим Ф. С.	„ „	Санлікпом	Теж, наряд 597
3. Покровська В. О.	Сталінська секція охорони здоров'я	Лікар Буденівської поліклініки	
4. Боровський Р. І.	В.-Писарівський район	Зав. вендиспансеру	Є відомості, що перебуває в Дніпропетровському

*) Див. інструкцію в цьому таки бюл. на стор. 4.

Прізвище	Де працював	Посада	Примітка
5. Єжова Н. А.	Краснопільський район	Зублікар	
6. Рековець О. І.	„ „	Акушерка	
7. Старченко Михайло Євдоким.	Якимівський район	Лікпом Давидівського медуч-ка	
8. Амбул	Нікопільський район	Лікпом Олексіївської амбулаторії	
9. Остряниця	Краснокутський „	Санлікар	
10. Рутіцький В. І.	Петропавлівськ. район	Гінеколог-акушер	
11. Новак Ганна Гнат.	Олевський „	Акушерка	
12. Квурт Ф. І.	Димерський „	Зав. Ст.-Петрівської амбулаторії	Є відомості, що перебуває на Лубенщині
13. Нечаївська Е. І.	„ „	Зав. райдит. консультації	Є відомості, що виїхали до Києва
14. Ужива М. С.	„ „	Акушерка	
15. Ихкияр	„ „	Сестра-жалібниця	
16. Науменко	Стеблівський „	Лікпом райлікарні	
17. Забродня Л. Ф.	Вовчанський „	Акушерка Тернівської лікарні	
18. Дисперова	„ „	Акушерка Червоноармійської лікарні	Перебуває в м.
19. Бочарова	Краснокутський „	Лікар Пархомівської лікарні	
20. Гончаренко	Олександрівський „	Лікпом Петрівської амбулаторії	
21. Каплуновська П. Т.	Чутівський „	Акушерка	
22. Калеман С. А.	„ „	Лікпом	
23. Михайлова О. А.	м. Миколаїв	Лікар центральної дитконсультації	Є відомості, що виїхала до Ленінграда
24. Христолюбець Ганна Іванівна	Жукінський „	Лікар-одонтолог	Є відомості, що виїхали до Києва
25. Лабунська Марія Михайлівна	„ „	Лікпом	
26. Ратнер	Гайсинський „	Зублікар	
27. Шкурупій Варвара Іванівна	Городнянський „	Лікар Тетерівського радлісгоспу	
28. Чернобильська Берта Марківна	„ „	Лікпом	
29. Бочкарьова	Першотравнева рудлікарня (на Луганщ.)	Лікпом	
30. Ратгауз С. М.	Троянівський район	Зублікар при Коднянській лікарні	
31. Лекстанова	Бакаліївський „	—	
32. Касильова	м. Кремінчук	Санпромлікар	
33. Гросицька	Херсонська психлікарня	Лікпом	
34. Корік	„	„	
35. Карпенко	„	„	
36. Мошковіч	„	„	
37. Фролов	„	„	
38. Блехман	„	„	
39. Сукернік Ілько Захаров.	Запоріжжя	Лікар вип. 1928 р.	
40. Березіна О. С.	Троїцький район	Зав. Коханівської амбулаторії	
41. Певінь	„ „	Зав. Миколаївської амбулаторії	

6. ВИКЛЮЧАЄТЬСЯ ІЗ ЧИСЛА ДЕЗЕРТИРІВ

Лікарка Семенова К. М. (див. бюлетень ч. 23-24), що повернулася на роботу в Ново-Український район.

IV. Рух інфекційних захворувань по містах, що безпосе

НАЗВА МІСТ	Населення на 1-I 1930 р. *)	Тиф—Typhus								
		Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Неясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Київ	582131	221	7	11	—	—	118	—	100	320
Крім того, місця, що приєдн. до міста						В	і	д	о	м
2. Одеса	503508	180	6	11	—	—	118	—	58	302
Крім того, місця, що приєдн. до міста	51385	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Харків	457706	270	7	1	—	38	105	—	153	548
Крім того, місця, що приєдн. до міста	170143	29	—	1	—	2	213	—	44	135
4. Дніпропетровське	296227	198	34	5	—	46	1036	—	417	524
Крім того, місця, що приєдн. до міста						В	і	д	о	м
5. Сталіне	168601	188	18	—	—	4	64	—	84	94
Крім того, місця, що приєдн. до міста	167077	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Миколаїв	118390	46	—	—	—	—	47	—	43	139
Крім того, місця, що приєдн. до міста	61364	12	—	—	—	2	100	—	17	26
7. Полтава	101401	22	1	3	—	—	47	—	17	57
Крім того, місця, що приєдн. до міста	95679	4	1	1	—	—	10	—	1	29
8. Луганське	88235	40	4	—	—	26	141	—	92	106
Крім того, місця, що приєдн. до міста	20584	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Дмитрівськ	87589	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Крім того, місця, що приєдн. до міста	102826	—	—	—	—	—	4	—	22	24
10. Житомір	85312	13	—	1	—	—	—	—	—	92
Крім того, місця, що приєдн. до міста	30568	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Херсон	79289	11	8	1	—	36	531	—	39	43
Крім того, місця, що приєдн. до міста	47107	2	—	—	—	2	81	—	29	15
12. Зінов'ївське	79227	38	3	—	—	1	5	—	36	124
Крім того, місця, що приєдн. до міста	68558	14	1	—	—	1	10	—	16	53
13. Запоріжжя	73705	21	3	—	—	2	298	—	49	74
Крім того, місця, що приєдн. до міста	79399	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Бердичів	65181	16	1	—	—	—	5	—	53	92
Крім того, місця, що приєдн. до міста	51732	6	—	—	—	1	1	—	3	53
15. Вінниця	63217	7	1	—	—	—	5	—	30	38
Крім того, місця, що приєдн. до міста						В	і	д	о	м
16. Кремінчуг	62288	22	4	5	—	—	177	—	94	36
Крім того, місця, що приєдн. до міста	90098	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. Маріюпіль	51099	50	1	—	—	—	60	—	74	49
Крім того, місця, що приєдн. до міста						В	і	д	о	м
18. Суми	48987	2	—	—	—	—	65	—	24	47
Крім того, місця, що приєдн. до міста	57066	1	—	—	—	—	13	—	12	78
Разом:										
По містах	3012093	1345	98	38	—	153	2822	—	1363	2685
Крім того по місцях, що приєдн. до міста	1096586	68	2	2	—	8	432	—	144	413
Всього за серпень 1930 р.	**4108679**	**1413**	**100**	**40**	—	**161**	**3254**	—	**1507**	**3098**

*) За даними Держплану „Нові адміністративні райони УСРР

редньо підпорядковані ВУЦВК'ові за серпень 1930 року.

Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-спр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тепій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis coter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	В тому числі: Сифіліс I Syphilis I	В тому числі: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
74	89	1072	37	—	2	—	10	1	4	444	135	225	24	37	80	326	—	75	81
о	с	т	е	й			н	е	м	а	є								
30	33	166	3	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
54	91	126	14	—	1	—	—	—	—	138	27	20	3	3	6	59	—	20	2
129	8	424	18	—	—	—	1	—	2	52	2	4	1	3	—	1	—	6	68
85	102	2444	6	—	5	—	5	—	—	172	13	4	4	—	—	—	—	28	16
о	с	т	е	й			н	е	м	а	є								
40	13	213	158	—	—	—	1	—	3	81	16	36	6	2	6	54	—	25	7
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	32	234	1	—	1	—	—	—	1	133	54	40	8	10	30	91	—	86	11
28	6	173	6	—	—	—	—	—	—	24	2	1	—	1	2	3	—	14	47
1	35	172	3	—	1	—	—	—	—	97	21	6	—	—	2	61	—	4	15
1	8	—	1	—	1	—	—	—	—	82	51	12	—	1	7	15	—	1	—
60	1	1298	14	—	—	—	—	—	—	61	46	—	—	—	—	4	—	31	10
—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	7	165	—	—	—	—	—	—	—	59	13	2		2	—	—	—	2	—
1	7	118	23	—	—	—	—	—	—	34	8	11	1	1	2	24	—	7	52
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	3	136	7	—	1	—	2	—	—	98	28	10	3	2	3	36	—	27	7
17	5	66	1	—	—	—	—	—	—	15	1	—	—	—	—	1	—	—	21
37	6	71	—	—	—	—	2	1	2	103	23	24	—	—	6	66	—	6	9
50	—	19	—	—	—	—	3	—	1	69	6	44	—	—	1	17	—	8	2
116	6	589	—	—	—	—	4	—	—	209	4	24	2	4	3	20	—	71	22
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	10	556	1	—	1	—	—	—	—	47	9	19	1	—	—	44	—	4	13
9	4	53	—	—	—	—	—	—	—	10	3	—	—	—	—	—	—	1	26
22	4	83	—	—	1	—	—	—	1	30	13	10	2	8	—	50	—	1	6
о	с	т	е	й			н	е	м	а	є								
5	8	7	—	—	—	—	—	—	—	103	19	18	2	—	—	8	—	—	9
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
55	6	257	29	—	—	—	3	—	2	185	62	21	9	5	3	46	—	13	—
о	с	т	е	й			н	е	м	а	є								
24	2	195	1	—	—	—	—	—	—	157	35	13	—	2	—	10	—	7	1
12	2	67	1	—	—	1	—	—	—	51	8	1	1	—	—	2	—	9	6
677	448	7732	297	—	13	—	31	2	15	2092	513	481	65	74	141	929	—	405	261
249	40	975	27	—	1	1	4	—	3	362	86	65	2	8	10	39	—	41	170
926	**488**	**8707**	**324**	—	**14**	**1**	**35**	**2**	**18**	**2454**	**599**	**546**	**67**	**82**	**151**	**968**	—	**446**	**431**

Інфекційні захворування по районах УСРР за серпень місяць 1930 року.

Райони	Населення на 1-I 1930 р.	Тиф—Typhus: Черевний Abdominalis	Тиф—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тиф—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тиф—Typhus: Поворотний Recurrens	Тиф—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мозкова летаргічна Encephalitis lethargica
а	б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Полісся	3591436	114	8	6	—	14	418	—	599	655	707	111	3915	320	3
Правобережжя	9400189	662	49	42	—	70	939	6	3526	3105	3126	644	11300	831	9
Лівобережжя	6913891	218	16	17	2	19	2339	—	1530	1806	1249	263	6558	509	2
Степ	5411492	867	75	6	—	127	3676	2	1772	23[illegible]9	1439	268	5630	481	4
Дніпрянський пром.	2628031	787	134	11	16	176	6572	—	19[illegible]0	2175	844	338	10612	438	—
Гірничний	2959529	658	71	3	1	181	2331	—	1109	881	701	65	5649	1233	2
Всього по районах	30904568	3306	353	85	19	587	16275	8	10496	10951	8066	1689	4[illegible]664	3807	20
Залізниці: 1. Південні	—	9	—	—	—	—	373	—	126	135	101	14	1125	7	—
Залізниці: 2. Донецькі	—	15	—	—	—	1	275	—	130	73	39	10	1091	6	—
Залізниці: 3. Південно-Західні	—	39	3	1	—	5	123	—	119	171	132	26	2369	—	—
Залізниці: 4. Катеринівські	—	36	1	—	—	—	320	—	124	142	81	33	1705	18	—
Всього по транспорту	—	99	4	1	—	6	1091	—	499	521	353	83	6590	31	—
Всього по УСРР за серпень 1930 р.	—	3405	357	86	19	593	17366	8	10995	11472	8419	1772	50254	3838	20
Всього по УСРР за липень 1930 р.	—	1733	234	139	4	397	24272	6	21622	10459	12623	1698	55844	2063	34
Всього по УСРР за серпень 1929 р.	30363547	4390	429	76	7	677	23369	—	3902	5767	12202	1438	48122	2965	32

Інфекційні захворування (продовження).

РАЙОНИ	Населення на I-1 1930 року	Опониця мізк.-стр. пош Mening. cereb.-spin. epid	Сап Malleus	Теліб Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis			М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
									Всього	В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.					
а	б	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Полісся	3591436	11	—	15	—	5	1143	223	148	23	74	2	162	—	153	1119
Правобережжя	9100189	26	—	130	—	34	3188	716	641	83	191	111	805	14	548	2440
Лівобережжя	6913891	14	—	35	—	14	1539	319	358	23	71	19	348	7	799	1328
Степ	5411492	11	—	63	—	18	1972	449	565	58	193	96	738	7	927	1175
Дніпрянський пром.	2628031	16	—	56	—	12	1292	250	194	44	96	4	354	4	603	742
Гірничий	2959529	4	—	18	—	8	640	126	169	57	30	16	323	—	392	414
Всього по районах	30604568	82	—	317	—	91	9774	2083	2075	288	655	248	2730	32	3422	7218
1. Південні (Залізниці)	—	1	—	1	—	—	207	48	35	2	4	21	56	—	23	70
2. Донецькі (Залізниці)	—	1	—	—	—	—	134	10	12	4	—	9	53	—	26	34
3. Південно-Західні (Залізниці)	—	—	—	1	—	2	123	11	63	10	10	39	130	—	10	78
4. Катеринівські (Залізниці)	—	—	—	—	—	1	47	18	25	—	18	8	92	—	20	87
Всього по транспорту	—	2	—	2	—	3	511	87	135	16	32	77	331	—	79	269
Всього по УСРР за серпень 1930 р.	—	84	—	319	—	94	10285	2170	2210	304	687	325	3061	32	3501	7487
Всього по УСРР за липень 1930 р.	—	185	—	299	11	144	16233	5979	3738	346	676	405	4728	65	5280	10793
Всього по УСРР за серпень 1929 р.	30363547	131	—	639	8	152	17157	4048	3551	276	758	451	4541	38	4794	12146

Відповідальний редактор С. І. Канторовіч.

У. К. П.

УВАГА!

Збірник розпоряджень у справах охорони здоров'я

(1929-30 р. р.) розіслано всім без винятку райвиконкомам (РЗІ) і міськрадам з накл. платою 2 карб.

Тимчасом інформ. група оргінстру НКОЗ мало не щоденно отримує листи, в яких вимагають надіслати згадані збірники, а водночас із багатьох місць повертають пакунки до НКОЗ, бо „відмовились одержати", або „за скінченням терміну зберігання"

Отже, пропонується всім перевірити на пошті, чи є на їхню адресу покунки із збірниками та викупити їх. У НКОЗ, лишилася ще деяка кількість примірників, які можна передплатити за 75 коп. кожн. примірник (без пересилки).

Замовлення надсилати на адресу Наркомздоров'я (Харків, буд. Держпромисловости, VI під'їзд інформ. групі).

Цей збірник, що містить у собі найголовніші директиви й розпорядження в справах охорони здоров'я повинні мати всі установи та місцеві органи здоровоохорони.

Укрполіграфоб'єднання. Третя Друк. ім. Фрунзе, Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 224 Зам. 79. Прим. 6.900

У.К.П.

Пролетарі всіх країн, єднайтеся!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ СЬОМИЙ

№ 2-3

ХАРКІВ

ДВОУ — ДЕРЖМЕДВИДАВ
1931

ЗМІСТ

I. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

С. І. Канторовіч. — Шляхи підготовки медичних кадрів.

М. І. Фурсов. — Роля будинків санкультури в методі бриґадного обслуговування соцсектора села.

Про зміцнення та поглиблення діялектично матеріялістичного елементу в здоровоохорончій роботі (відозва НКОЗ до всіх медзакладів і медробітників).

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

До весняної с.-г. виробн. кампанії. 16 Допомога органів охоронизздоров'я весняній кампанії 1931 року. 17. Про розгортання ясельної мережі на час весняної с. г. кампанії. Охматдит. 18. Санітарний мінімум дитячих постійних і сезонових ясел. 19. Про посилення профілактичної роботи дитячих консультацій. 20. Положення про дитвідділ в єдиному диспансері. 21. Про роботу лікарів ОЗДП. 22. Про організацію оздоровних заходів серед дітей і підлітків. 22-а. Про поліпшення санстану дитячих будинків. 23. Про обслуговування дитячими установами застрахованих кустарів. 24. Про участь Житлоспілки в організації ясел. Санепід. Саносвіта. 25. Про виписку бак. препаратів. 26. Про щеплення проти дитячих інфекцій. 27. Про порядок постачання периферії науковою і саносвітньою літературою. Організаційна частина. Кадри. 28. Про утворення здоровосередків у соціялістичному секторі села (додано положення). 29. Наказ НКОЗ про обов'язковий відпуск лікарів, що їх обрано на аспірантів.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Питання про медкадри на решту років п'ятирічки. 2. Боротьба (із епідеміями із діяльности Надзвичкому). 3. Колегія НКОЗ — шеф комуни ім. тов. Сталіна. 4. Про статут швидкої допомоги. 5. Сувора догана райздоровінспекторам за недбале ставлення до виконання директив вищих органів. 6. Про вшанування пам'яти проф. Рудньова.

IV. ХРОНІКА

У Наркомздорові РСФРР: 1. Нарада в справах медобслуговування радгоспів і колгоспів. 2. Із підсумків курортової наради. 3. Нарада керівників інститутів харчування. 4. Справи профвідбору й профконсультації в наступному наборі до шкіл ФЗУ.

V. ОБ'ЯВИ ТА ОГОЛОШЕННЯ

1. Із оперативного пляну Харківського Інституту удосконалення лікарів. 2. Про консультаційну роботу Інституту ОЗДП. 3. Конкурси. 4. Про виключення із списків дезертирів. 5. Привітання НКОЗ.

Охорона Здоров'я за кордоном (із матеріялів реферативного Бюра при Українській Державній Медичній Бібліотеці).

На увагу:

Посилаючись у звертаннях до Наркомздоров'я на листи НКОЗ, треба, крім індекса або нумера листа, зазначити також коротенько й зміст. Треба, наприклад, писати так:

„......Відповідаючи на лист НКОЗ ч. 618 щодо збільшення асиґнувань на здоровоохорончі потреби, РЗІ має зауважити, що “ і т. інш.

У такий спосіб буде полегшено можливість швидше відповідати периферії та взагалі без затримування реаґувати на поставлені районами питання.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в «Літописі Україн. Друку», «Картковому репертуарі» та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редакція Наркомздоров'я УСРР, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 2-3 — 31 січня 1931 року — № 2-3

БІБЛІОТЕКА ✦ ХАРКІВ ... Державна ...

I. Політика охорони здоров'я питання організації та управління

С Канторовіч

Шляхи підготовки медичних кадрів

Периферія почуває надзвичайно велику потребу в медичних кадрах. Райвиконкоми й райздоровінспектори здебільшого та найчастіше звертаються до Наркомздоров'я в двох питаннях: в питанні щодо кадрів та в питанні щодо нового лікарняного будівництва, причому потреба в кадрах настільки велика, що місця віддають цьому питанню перевагу перед лікарняним будівництвом. І це цілком зрозуміло, бо культурний рівень населення протягом років революції дуже збільшився, почувається величезна потреба не тільки в лікарі взагалі, а в лікарі—фахівцеві. Ця потреба особливо різко виявляється тепер в соціялістичному секторі села.

Нам здається, що заходів, що їх тепер провадить Наркомздоров'я щодо підготовки кадрів, недосить, або, вірніше кажучи, цілком недосить, щоб розв'язати величезну проблему підготовки, перепідготовки й підвищення кваліфікації кадрів медичних робітників, що на ввесь зріст стоїть перед Наркомздоров'ям.

За розрахунком, що склав Пляновий сектор НКОЗ, ми на найкращий випадок маємо змогу до кінця п'ятилітки випустити з існувальних ВИШ'ів — 1950 лікарів. На кінець п'ятилітки нам бракуватиме приміpно понад 5000 лікарів.

Зважаючи на те, що ми надзвичайно відстали в справі підготовки кадрів, що вже й тепер за тієї порівняно невеликої мережі медично-санітарних установ, що їх має Наркомздоров'я та його периферія, ми почуваємо неймовірну потребу в медичних робітниках усіх кваліфікацій, на те, що на найближчі роки значно зросте медично-санітарна мережа, треба вже тепер, не загаюючи справи ані на один день, поставити перед собою проблему підготовки кадрів і розв'язати цю проблему цілим обсягом.

Усі науково-практичні інститути Наркомздоров'я, все, що тільки можна використати з наявної медично-санітарної мережі на підготовку кадрів, оце все в як найбільшій мірі треба обов'язково та якою завгодно ціною використати.

Є в нас ряд дуже міцних й гарно поставлених лікувально-профілактичних установ, що їх треба до справи підготовки кадрів притягти безпосередньо.

Постанова листопадового (1929 року) пленуму Центрального комітету партії говорить про потребу використати кожний потужний радгосп, кожне значне підприємство, щоб підготовити кадри.

У нашій медично-санітарній справі треба поставити питання тепер так, щоб кожна значна лікувально профілактична установа обов'язково використовувалася для підготовки медичних кадрів, Справу цю треба організувати, до того ж організувати якомога скоріше.

Треба поставити питання про те, щоб утворити по великих лікувально-профілактичних установах спеціяльні курси підготовки середнього й вищого медичного персоналу. Справа ця надзвичайно серйозна, складна й дуже відповідальна. Її треба якнайстаранніше обмислити та організувати якнайчіткіше.

Притягування медсанітарної мережі до підготовки кадрів, треба нам почати з великих університетських міст, де, організуючи вечірні курси, медінститути змогли б підготовити нові додаткові кадри лікарів.

У НКОЗ ми ставимо тепер питання про те, щоб медінститути перетворити на інститути підготовки кадрів з тим, щоб кожний з них набув у цьому розумінні обласного маштабу.

Я вважаю за потрібне тут оговоритися, що постановка широким маштабом підготовки медичних кадрів ніякою мірою не визначає, що ми маємо на меті підготовлювати сурогатні кадри. Справу треба поставити широко, солідно, чітко та організовано.

Із наявної маси молодших медичних робітників, що їх має тепер медично-санітарна мережа на Україні, можна відібрати чималу кількість таких товаришів, яких можна з величезним успіхом протягом порівняно короткого часу підготовити на спеціяльно утворених при наших установах курсах, щоб цю масу курсантів перетворити на потрібні нам додаткові кадри середнього медичного персоналу.

Тяга робітників до лікустанов у зв'язку з перспективою набути там освіти, відповідної підготовки, перейти до вищої категорії медробітників, безперечно значно пошириться. Отже, ми відкриваємо перед багато тисячною масою молодших медробітників, що їхні матеріяльно-побутові умови на цей день потрібують чималого поліпшення та що мають безперечно величезну тягу до знання, науки, кваліфікації та спеціялізації, — широку перпективу здійснити свої прагнення та вимоги. Така сама перспектива відкривається і перед всією масою середньо-медичних робітників, із яких знову таки можна, треба, організуючи відповідні курси, підготовити додаткову кількість вищих медичних робітників.

Ряд відповідальних робітників Наркомздоров'я певні того, що цим самим ми вже протягом найближчих 3 років зможемо дати додатково мінімум 1000 лікарів до тих лікадрів, що дадуть наші медичні ВИШ'і.

Треба зазначити, що Наркомздоров'я в розумінні використання своїх середових можливостей є безперечно в ліпшому стану, аніж багато інших відомств, бо Наркомздоров'я має дуже великі, значні й серйозні бази. Він має в своєму розпорядженні широко розташовану медично-санітарну мережу, а в останній є чимало таких великих і міцних установ, що їх можна вже тепер широко притягти до справи підготовки кадрів.

Ми певні того, що, ставлячи питання підготовки кадрів саме так, Наркомздоров'я набуде в наслідок ефект, який в багато разів перевищить нинішні розрахунки, що їх будували тільки на можливостях наявної мережі медичних ВИШ'ів і медичних технікумів. І я ще раз вважаю за потрібне підкреслити думку, що втягування медико - санітарної мережі в справі розв'язання проблеми забезпечення країни медичними кадрами, безперечно якнайсприятливіше відіб'ється на закріплюванні медичного персоналу, отже й чимало розв'яже питання ліквідації плинности медичного персоналу.

Зрозуміло, що підготовка нових кадрів в медико - санітарній мережі зовсім не визначає того, що НКОЗУ не треба буде здійснювати свій плян розширювання мережі медВИШів і технікумів. Цей плян треба обов'язково здійснити. Проте, через те, що цей плян не дає всього, що потрібно наркоматові, то заходи щодо здійснення пляну розширення мережі ВИШ'ів і технікумів треба провадити паралельно з додатковою підготовкою кадрів у середині мед.-санітарних установ. Поряд підготовки кадрів треба винятково ударним порядком поставити питання перепідготовки наявних кадрів, піднесення їхньої кваліфікації.

Колись наукові інститути НКОЗ самостійно заходилися навколо цього питання, але не було єдиного центру, що організує справу. Через це й ефект був недостатній, понижений.

Що треба тепер зробити? Треба всій нашій мережі медичних інститутів, наукових і науково-практичних інститутів, дати більшу волю щодо ініціятиви в справі підвищення кваліфікації лікарів; будьто організація курсів, підготовка інтернів та аспірантів, підбір цих інтернів та аспірантів, організація окремих конференцій на місцях, відрядження на перферію загонів на певний протяг часу, щоб не тільки надавати допомогу населенню, але також, щоб підготовляти периферійних лікарів, організовувати екстернатуру, понадштатну ординатуру, оголошувати конкурси — оце все повинно стати тепер справою самих інститутів.

Щодо інститутів удосконалення, то вони повинні не тільки продовжувати роботу, яку вони тепер провадять, підвищуючи кваліфікацію медичних робітників, але прагнути всіляко її розширювати, відкриваючи філіяли там, де є для цього змога. Треба цим інститутам низкою заходів, як от: організуючи місцеву інтернатуру, різні курси для окремих категорій медперсоналу, прикріплюючи робітників, що працюють на дальній периферії, до таких лікустанов, де медробітник зможе протягом певного часу піднести свою кваліфікацію, відряджуючи в наукові відрядження, організуючи районні конференції, в яких брали б участь кваліфіковані фахівці, утворюючи лікарські ради, наглядаючи за тим, щоб в кожній нашій лікпрофустанові в процесі роботи підвищували кваліфікацію лікарського молодняку, середнього й молодшого персоналу, організуючи університети по радіо, з одночасною радіофікацією дільничної мережі, — насамперед стати на Україні центрами (ми маємо таких інститутів поки що 4 — в Харкові, Дніпропетровському, Києві та Одесі), що організують, плянують, регулюють та контролюють справу підвищення кваліфікації не тільки лікарів, але й всього персоналу. Тут інститути повинні стати філіями сектору кадрів, що переводять в життя директиви та вказівки Наркомздоров'я.

Ми вважаємо за потрібне провести тут таку аналогію. Тепер саме реорганізуються наркомати. Наркомат РСІ ухвалив постанову про принципи реорганізації Наркомпраці. Згідно з цією постановою НКПраці повинен стати цим центром, що плянує, регулює та контролює всі питання й заходи, зв'язані з охороною праці та технікою безпеки. Наркомат тут використовує не тільки установи та інститути, що їх він відає, але також і ті установи, що їх відає Наркомздоров'я, Наркомзем, ВРНГ та інш., складаючи за згодою з відпо-

відними відомствами загальний плян робіт, що повинні провести ці установи, даючи їм цілком певне соціяльне замовлення, що виникає з пляну.

У галузі тих заходів, що про них ми говоримо в цій статті, справа являється нам такою:

Клінічні інститути складають соціяльні замовлення науковим інститутам НКОЗ (тут можна використати також ін-ти, що належать до інш. відомств, наприклад, біо-хемічний ін-тут НКОсвіти). Кожний ін-тут повинен самостійно провести набір лікарів з периферії, завчасно зв'язатися з периферією, з'ясувати умови набору, відібрати найпридатніший та цінний елемент — оце все треба ін-там зробити цілком відповідно до тих положень, що встановлюють клінічні інститути (за директивами НКОЗ).

Якщо ми тепер дуже багато уваги приділяємо питанням шефства та встановлення щільного зв'язку між інститутами та периферією, якщо ми вважаємо за потрібне розпочати організацію масових наукових пунктів на периферії, зв'язаних з нашими науково-висліду-вальними та науково-практичними установами, якщо ми не перестаємо будоражити всю нашу організацію, ставлячи перед нею надзвичайно відповідальну та серйозну задачу висувати та просувати робітників периферії, — то нові методи роботи наукових інститутів можуть безперечно відограти винятково важливу ролю щодо розв'язання питань, що їх поставив НКОЗ.

І ось, коли ін-тут сам відбере собі лікарів, що він організує, якщо інститут на периферії виявить той елемент, що йому більше за все потрібний та що його підготовка дасть найбільший ефект, коли сам інститут зацікавиться цією справою та його безпосередніми наслідками, коли інститут почуватиме відповідальність, що на нього покладено за підбір курсантів, аспірантів та інтернів, — тоді й інститут (хай мене вибачать ін-ти за цей вислов) виявить чуліший підхід до цієї справи, і наслідки будуть кращі. Тут буде легше та без зайвої метушні розв'язано так звані побутові питання; отже багато труднощів буде подолано швидче, багато питань буде розв'язано гнучкіше, а після деякого часу через підготовлених в інститутах медичних робітників буде встановлено шефство, розпочнеться висування, закріплюватиметься зв'язок з периферією, буде зорганізовано на місцях наукові пункти. Треба домогтися того, щоб у наукові ін-ти втягли в розв'язування наукових проблем також профдиспансери, тубдиспансери та окремі установи, що є на периферії. Адже ж через них саме, через споріднені установи, треба сподіватися, інститути провадитимуть набір і підбір того контингенту, що його притягуватимуть у центр для підвищення кваліфікації. Нас можуть запитати: а хто ж замінить тих лікарів на периферії, яких так широко відтягуватимуть для підвищення їхньої кваліфікації, хто їх замінить по лікарняних дільницях?

Треба провести широку кампанію за заміну цих лікарів на той протяг часу, на який їх відряджуватимуть для підвищення кваліфікації лікарями, що працюють у великих центрах, в колишніх округних містах, тими лікарями, що не мають стажу роботи на участкові та, що безперечно будуть згідні набути цього дільничного стажу хоча б протягом декількох місяців, поки їхні товариші навчаються на курсах або працюють в інститутах. Нам здається, що ця кампанія, якщо її поставити як слід, мусить дати цілком позитивні наслідки.

За всього цього до справи притягнення медико-санітарної мережі для підготовки кадрів, зокрема лікарів, треба ще мати на увазі потребу всіма способами використовувати заочне навчання, маючи на меті дати цим новим кадрам потрібні знання в галузі теоретичних дисциплін.

Заочну освіту ми повинні поставити якнайширше, використовуючи водночас медичну пресу, маючи перед собою цю саму мету, що є за тему цієї статті.

М. І. Фурсов

Роля будинків санкультури в методі бриґадного обслуговування соціялістичного сектора села

Перший рік вживання бриґадної методи обслуговування соціялістичного сектора настільки довів свою безперечну перевагу щодо здійснення справжньої допомоги селу (не говорячи вже про цілком раціональне настановлення справи зв'язку міста з селом), що до цієї найважливішої роботи треба притягувати все більші й ширші засоби та ресурси нашої культосвітньої діяльности.

Будинок санітарної культури, наш аґітпроп радянської охорони здоров'я, мусить активно висувати перед місцевою медичною суспільністю питання щодо організації культбриґад для соцсектора села, бриґад, що в них медичні сили брали б якнайширшу участь. Для цього будинкові санкультури належить всіма своїм засобами й ресурсами здійснювати

аґітаційну роботу за саму ідею бриґадної системи, а також роботу пропаґандистського чину, з'ясовуючи самий зміст бриґадної роботи, форми її організації тощо. Будинок санкультури повинен покладати на себе також і всю роботу щодо підготовки медичних культбриґад, що виїжджають на село.

Що ж саме мусить лягти в основу цієї роботи?

Тут, на нашу думку, треба йти шляхом утворення при Будинкові Санкультури короткотермінових курсів для медбриґадників.

Проте, ці курси не повинні набувати спорадичного ханактеру; вони мусять міцно втілитись в саму систему постійної роботи Будинку санкультури, бо останній мусить прагнути дійти того, щоб через бриґадну методу вся медична маса відповідного району цілком втягла себе до санкультроботи в соцсекторі села. Отже, щоб якнайправильніше настановити цю справу, треба медичну масу провести через підготовельні курси. Оттак саме ми уявляємо собі роботу цих курсів — постійно в пляновому порядкові, за пляном, що має за мету заздалегідь підготовити всю медичну масу, не чекаючи на той момент, коли тих або інших медробітників буде покликано до бриґад. Тут за асоціяцією виникає бажання дорівнювати цю справу до допризовної підготовки військовиків. І, здається, зрівнювати можна таки.

Щоб запровадити курси, Будинкові Санкультури доведеться утворити контакт із рядом установ, що мають організаційний зв'язок із колгоспами та радгоспами, черпаючи тут потрібних викладачів. Проте, завчасно треба самому Будинкові Санкультури міцно опанувати всі питання по суті; доведеться йому організувати вивчення загального та санітарного стану колгоспів і радгоспів свого району. Хоча й не легка ця річ, але обминути її аніяк неможна: Будинок Санкультури передусім повинен знати об'єкти роботи, бо саме йому доведеться давати силу фактичних довідок про цей стан учасникам бригад, що від'їжджають на село. Воно потрібно й стане в пригоді підчас виготовлення різних наочних прилад — для курсів підготовки бриґад, для музею, виставки. Ці відомості потрібні також і для численних листівок, відозв і гасел, що Будинок Санкультури друкуватиме й розповсюджуватиме. Ці відомості, нарешті, становитимуть для Будинку Санкультури той фактичний матеріял, що за його допомогою провадитиметься вся аґітаційна та пропаґандистська робота навколо методи медичних культбриґад у даному районі.

До програми короткотермінових підготовельних курсів можна включати тільки найкоротший матеріял із найважливіших питань для санітарно-культурного життя соцсектора села. Відповідно ж до обсягу й характеру питань, що правитимуть за зміст культроботи на місцях,— програма курсів, на наш погляд, повинна складатися з декількох циклів (або розділів), а саме:

Цикл А:
1) Загально-політичні питання в соцсекторі села;
2) Основні засади політ. економії сільгосподарства;
3) Виробнича характеристика колгоспів і радгоспів, що є в районі.

Цикл Б:
1) Санітарна характеристика колгоспів і радгоспів даного району;
2) Санітарний догляд житлів у соцсекторі села;
3) Теж — щодо харчування;
4) Патолоґія та гігієна сільсько-господарської праці;
5) Організація роботи щодо охорони материнства й немовлят;

6) Організація гуртків першої допомоги та добровільних осередків громадсько-оздоровного характеру („Червоний Хрест“, Антиалькогольне т-во“, „Друзі дітей“, „Войовничий безвірник“ та інше).

Цикл В: Методика саносвітроботи на селі: 1) Тематичні питання саносвітроботи в соцсекторі села; 2) Короткі основні поняття в галузі методики живого й друкованого слова, наочности, сцени — стосовно до умов соцсектора села.

Цикл Г: Методи практичної роботи медичної культбриґади в соцсекторі села (організаційні форми роботи обслуговування різних дільниць — медично-санітарного й загального культфронту в колгоспах і радгоспах даної місцевости).

Зазначені в циклах „А“ і „Б“ теми щодо виробничої, а також санітарної характеристики колгоспів і радгоспів, що є в районі, повинні містити в собі короткий фактичний матеріял (із цифровими даними), що може дати загальну уяву про виробничу та санітарну фізіономію конкретних місцевостей, що до них прямують медбриґади. Тип господарства, площа засівів, врожай, процент виконання останнього промфінпляну; кількість та якість робітничої сили, ступінь вживання машинової енерґії, бюджет, тощо, — ось характер даних, що потрібні для першої теми. Дані демоґрафічного й санітарного чину будуть за матеріял для санітарної характеристики населення, щодо стану за полом і віком, щодо захворувальности, смертности, медико-санітарного обслуговування, санітарного стану житлових приміщень, стану харчування, охматдиту та інш. Треба ще додати відомості щодо стану кооперативного обслуговування та інш.

Програму дисциплін, що ми їх накреслили в нашій коротенькій схемі, що конкретно розгортається в окремі дисципліни для викладання на місцях, — треба заздалегідь провести через подвійну колективну пробку в конференції всіх викладачів курсів спільно з методкомом Будинку Санкультури: а) щодо змісту дисциплін і б) щодо обсягу та метод їх викладання.

В останньому разі треба за основу взяти такі міркування. Неможна, звичайно, утворювати довготривалі курси; роботу на курсах треба провадити ударним порядком. Характер всієї підготови бриґад мусить бути суто-практичний. Зважаючи на це, треба безперечно викинути такі улюблені загальні місця, широченні розмови на тему: „погляд, дещо“ і т. інш. Ми вважаємо, що рівень загального розвитку авдиторії (лікарі, середній медперсонал) дає змогу обмежити викладання тільки конкретним матеріялом, до того ж, якнайбільше ущільненим, якнайбільше економним (ми звемо його „лапідарним“) стилем. Ось за таких умов можна буде ввесь курс укласти в одну декаду, якщо провадити заняття протягом двох годин щодня.

Особливо цінним буде, якщо притягти викладачами тих лікарів, що на практиці в бриґадах уже набули чималого досвіду роботи на місцях.

Безперечно, найцінніші корективи до програми та метод викладання на курсах дадуть конференції та звітні збори тих, що повертатимуться із села після бриґадної роботи. Будинкові Санкультури треба домагатися, щоб такі конференції скликалися реґулярно.

Набувши підготовки на курсах, бриґади підчас від'їзду на місця повинні постачатися від Будинків Санкультури комплектами наочних прилад (із них найцінніші є чарівний лихтар та кіно-пересувка), літературою (популярною та методичною, якщо останню має Будинок Санкультури) та звітними блянками, щоб реєструвати проведену роботу.

Є ще одна галузь, що в ній БСК можуть чималого дійти: це — використання медбриґад для науково-вислідувальних потреб. Їм можна, на-

приклад, доручити обслідувати населення колгоспів і радгоспів щодо ступеня санітарної культурности, санітарної письменности та інш. У такому разі Будинок Санкультури мусить постачити бриґадам відповідний матеріял, щоб реєструвати відомості, що їх буде зібрано (анкети, тести тощо). Тут мабуть доведеться ще провести додаткову підготову бриґадників у справі збирання ними матеріялів. Проте, обсяг цих матеріялів ні в якому разі не можна робити невкладистим, бо інакше навряд чи зберуть його, а метушитися з ним доведеться чимало, а це вже просто стане на перешкоді бриґадникам в їхній основній, складній роботі.

Від НКЗдоров'я України

До всіх медичних закладів та медичних працівників

Дорогі товариші!

Охорона здоров'я в реконструктивний період покликана розв'язати питання житла, харчування, гігієни праці, підвищення масової санітарної культури, оздоровлення промислових районів, ряд соціяльно-гігієнічних проблем, пов'язаних із будівництвом нових міст, та інші питання, нерозривно пов'язані з економічними питаннями будівництва соціялізму в нашій країні. Розв'язання цих питань вимагає від кожного медичного працівника не тільки найбільшої відданости партії, радянській владі в справі соціялізму, а й глибокого розуміння соціяльних основ та метод цієї боротьби й будівництва. Це розуміння вимагає вивчити систему й методи, що лежать в основі радянського державного будівництва, систему й методу марксизму-ленінізму. Без цього неминучі ідеологічні хитання, неминучі опортуністичні прориви в практиці окремих неміцних ланок апарату охорони здоров'я неминучі інтелігентські вагання, неминуче відставання охорони здоров'я від інших ділянок культурного й господарського будівництва.

Загострення клясової боротьби в країні, посилений опір куркульства та куркульсько-непманських ідеологів, факти шкідництва правих груп технічної інтелігенції та інші процеси, що супроводять переможний поступний рух соціялізму, позначаються і в медичному оточенні. Загострення клясової боротьби відчувається на багатьох дільницях радянської охорони здоров'я: то як пасивний опір правих груп лікарів справі зробітничення, комунізування та раціоналізації апарату, наближення його до робітничої суспільности та боротьби з бюрократизмом; то як опір новим соціялістичним формам охорони здоров'я — єдиному диспансерові; то як неуважне, а часом злочинно неуважне, ставлення до справи підготови нових наукових кадрів. Опір клясового ворога вимагає від усіх передових сил медичної організації України щільніше зімкнутися навколо партії і вкупі з нею посилити чуйність та пильність, проводячи чітку клясову лінію в справі будівництва медицини. Ця чіткість клясової лінії, уміння керувати й передбачати, уміння вчасно викривати ворога і його роззброювати, дається лише приєднанням до науки марксизму-ленінізму, опануванням марксо-ленінської теорії та практики керівництва й боротьби.

Опір клясового ворога особливо гостро позначається на ідеологічному фронті. Приховуючись за ідеалістичною теоретичною старинкою за формулою „наука для науки", за клаптиковими еклектичними теоріями, за фалшивими фразами про аполітизм науки, за повзьким механістичним емпіризмом — клясовий ворог чинить опір розвиткові ідей діялектичного матеріялізму в медицині та охороні здоров'я.

Ідеалізм, еклектизм, ідеологічне дворушництво та брак науково-матеріялістичної метлодології уже завели багато ділянок медицини у безвихідь і відзначили собою ряд криз думки у деяких медичних дисциплінах. Тепер уже ясно стало, що цим реакційним течіям тр͏еба протиставити єдиний ідеологічний фронт войовничого матеріялізму в лікарському оточенні. Для цього треба, щоб маса радянських лікарів та наукових працівників приєдналися до системи й методи діялектичного матеріялізму, як єдиної наукової філософії сучасности, поширила свою біологічну, філософську освіту й рішуче, безповоротно перебудували свій світогляд на основі діялектичного матеріялізму. Тільки це дасть змогу прокласти стійкі непорушні мости між природничо-науковою освітою лікаря та наукового працівника і їх суспільними поглядами, між їхньою практикою і теорією, між їх спеціяльним слугуванням і суспільними переконаннями. Лише це дасть змогу утворити тип нового радянського лікаря, що переконано провадить свою спеціяльну роботу, вважаючи себе за гвинтик у загальній системі соціялістичного будівництва.

Наркомздоров'я закликає всіх медичних працівників України закріпляти й поглиблювати ті паростки діялектично-матеріялістичної думки в медицині та охороні здоров'я, що встигли вже виявитися протягом останнього року.

Розгортання відділів діялектичного матеріялізму в окремих журналах Наркомздоров'я, вихід у світ перших книг з діялектичного матеріялізму в медицині, утворення відділів соціяльної гігієни по всіх наукових інститутах Наркомздоров'я, постанова доповідів про діялектичний матеріялізм на багатьох Всесоюзних та Українських наукових з'їздах — все це факти, що свідчать за величезний потяг мас медичних працівників свідомо опанувати марксо-ленінську методумислення та науково-практичної творчости.

Щоб забезпечити це потяг до наукового діялектичного матеріялізму пляновим керівництвом та консультацією, Наркомздоров'я вважає за потрібне:

1. Утворити в Харкові єдиний методологічний марксистсько-ленінський центр при Всеукраїнському інституті охорони здоров'я та інституті ім. Мечнікова для консультації всім інститутам, медичним закладам та окремим медичним працівникам з питань діялектичного матеріялізму в медицині.

2. Розгорнути по всіх наукових інститутах осередки й кабінети діялектичного матеріялізму в даній галузі медичної науки.

3. Утворити по всіх медвишах катедри діялектичного матеріялізму в медицині.

4. Організувати по всіх медичних центрах України товариства лікарів-марксистів.

5. Широко розгорнути гуртки та групи лікарів-марксистів по всіх районних центрах.

6. Розгорнути при Всеукраїнській та крайових науково-медичних бібліотеках і при бібліотеках медВИШів відділи діялектичного матеріялізму в медицині.

7. Відкрити на сторінках всієї медичної преси відділи діялектичного матеріялізму в медицині.

8. Посилити випуск наукових книжок та навчальних підручників з діялектичного матеріялізму в медицині.

9. Організувати секції діялектичного матеріялізму при всіх студентських науково-медичних товариствах.

10. Посилено провадити підготову до скликання Всеукраїнської конференції товариств та гуртків лікарів-марксистів.

Усі ці заходи можна здійснити, спираючись лише на якнайширшу суспільну ініціятиву медичних працівників України.

Ми вважаємо, що ініціятива місць, зустрічна хвиля ідеологічного зростання негайно накреслить нові форми й путі для проходження й перемоги ідей діялектичного матеріялізму в усій галузі науково-медичної творчости, медичної освіти та лікарської практики.

Ширше прапор ленінізму в організації радянської медицини!

Ширше двері медВИШ'ів та медзакладів для творчих сил діялектичного матеріялізму!

Вперед на опанування ідеологічних висот, які відкривають перед кожним медичним працівником путі, що прилучають його до великої армії будівників соціялізму!

За чітке, клясово-витримане, пильне і стійке проведення ленінської лінії партії у справі охорони здоров'я та медичної науки!

Наркомздоров'я **Канторовіч.**

Завсектору науки **Я. Ліфшиц.**

II. Офіційна частина

ДО ВЕСНЯНОЇ СІЛЬСЬКО-ГОСП. КАМПАНІЇ

16. Допомога органів охорони здоров'я весняній сільсько-господарчій виробничій кампанії 1931 р. *)

Так минулого року, як і навесні 1931 р., органи охорони здоров'я на місцях, всі медробітники, вся медична радянська суспільність повинні всіма засобами сприяти успішності весняної сільсько-господарчої виробничої кампанії.

Для цього треба врахувати досвід минулого року в цій справі, звернути увагу на те, щоб недоліки минулої весни щодо медсанобслуговування засівщиків було енергійно та рішуче ліквідовано.

Місцевим органам охорони здоров'я треба завчасно докладно ознайомитись із плянами засіву на місцях. Щоб домогтися максимального ефекту в справі найкращого медсанобслуговування засівщиків, треба заздалегідь накреслити точні пляни заходів, що їх повинні здійснити на місцях окремі ланки радянської охорони здоров'я, накреслити, які конкретні заходи можна перевести власними силами місцевих органів в інтересах дійсного сприяння успішності с.-г. кампанії та силами медперсоналу, насамперед — сільськими лікарями, розгорнути широку роз'ясувальну роботу серед селянства щодо медсанобслуговування засівщиків наступної весни.

Наркомздоров'я подає тут типовий програм проведення в життя тих заходів, що їх обов'язково треба здійснити на місцях. Цей плян з відповідними додатками місцевих органів охорони здоров'я треба відповідним чином обговорити серед широких верств сільського населення та самого медперсоналу.

ТИПОВИЙ ПРОГРАМ

допомоги весняній сільсько-господарчій кампанії.

1. Всім категоріям медробітників, що працюють на селі та тим, що будуть відряджені бригадним порядком на село для сприяння успіхові сільсько-господарчої виробничої кампанії 1931 р., треба мати на увазі, що весняна с. г. кампанія цього року повинна

*) Окремо не надіслано

забезпечити вирішальну перемогу суцільної колективізації України та ліквідації на цьому ґрунті куркульства, як кляси. повинна зміцнити та поширити соціялістичні форми сільсько-господарського виробництва (радгоспи, колгоспи, МТС), повинна забезпечити дальший могутній розвиток виробничих сил сільського господарства, відповідно до вимог виконати „П'ятирічку за 4 роки".

Оскільки зазначені моменти саме сприятимуть підвищенню загального добробуту країни та збільшенню її продуктових ресурсів, успішне запровадження сільсько-господарської кампанії наступної весни матиме величезне значення також для інтересів охорони здоров'я трудящих.

Отже, всі медробітники, за вказівками відповідних органів, повинні взяти найактивнішу участь у роз'яснювальній роботі на всіх її етапах щодо поширення колективізації, виконання плянів засіву щодо хлібних, технічних, бобових культур, овочів та інш, та у всіх інших сільсько-господарчих кампаніях, що провадяться на селі підчас підготовної роботи до сільсько-господарчої кампанії та протягом всього часу засіву.

2. В місцевостях, що дуже поразливі на малярію, насамперед перед сільсько-господарчою кампанією — треба широко провадити лікувально-профілактичну хінізацію маляриків.

3. Треба заздалегідь протягом всього часу, що залишився до засіву, якомога ширше перевести кампанію запобіжних протиепідемічних щеплень, для чого треба забезпечити своєчасне одержання відповідних вакцин.

4. Заготівлю потрібних сироваток, зокрема — протитетанічних, треба перевести також своєчасно.

5. Треба значно посилити санітарний догляд колодязів, криниць та взагалі водопостачання так по залюднених пунктах, як і на полі підчас роботи. Треба уважно прослідкувати та перевести огляд всього санітарно-побутового приладдя, яке потрібно буде підчас засіву (пересувні кухні, казани для варки їжі, діжки для води, посуд тощо); треба, щоб при кухнях було обов'язково устатковано вмивальника.

6. Справі розвитку ясел треба приділити увагу вже до початку сільсько-господарчої кампанії з тим, щоб у місцевостях, де жіночу працю буде широко втягнено до роботи підчас засівної кампанії (городництво, садівництво, тех. та спец культури тощо), ясла були обов'язково розгорнені потрібною кількістю, особливо — в соцсекторі села.

7. В галузі лікувально-профілактичного обслуговування засівщиків треба перевести такі заходи:

а) підготовити та своєчасно надіслати в потрібні пункти (с. г. артілі, комуни, колгоспи, радгоспи та маш. тракт. станції) примітивні аптечки швидкої допомоги та додати до них пояснення щодо користування з них. Треба, щоб на місцях було заздалегідь підготовлено належну кількість скриньок та сумок для аптечок швидкої допомоги;

б) заздалегідь приступити до організації пунктів швидкої та першої допомоги по великих колгоспах, радгоспах та МТС за тими нормами, що їх зазначено в документі Наркомздоров'я з 10 грудня 1930 р., № 21211 („Про складання контрольних чисел на 1931 р.");

в) спростити видачу ліків для засівщиків через попередню їх фасовку на час засівкампанії;

г) протягом часу до засіву всі дорослі працездатні засівщики, що потребують ліжкового лікування, повинні прийматися до лікарень в першу чергу, аніж члени їхніх родин;

д) поруч організації пересувних медпунктів треба пристосувати години прийому в амбулаторіях на час засівкампанії до розпорядку роботи засівщиків на полі з тим, щоб засівщики мали змогу одержати допомогу або до, або після повернення з поля;

є) треба на час сільсько господарської кампанії значно посилити обслуговування вдома дорослих засівщиків виключно лікарями, щоб найшвидче відновити їхню працездатність.

Для сприяння цим заходам треба забезпечити меддільниці транспортом, що його запроєктовано на 1931 р., ще до початку сільсько-господарської кампанії.

ж) Зокрема, треба вжити рішучих заходів до того, щоб ударні бригади засівщиків було повнотою та безперебійно забезпечено меддопомогою.

8. Для обслуговування ясел та пунктів першої допомоги треба організувати відповідні короткотермінові курси для робітників колгоспів, радгоспів та для бригадирів, що працюватимуть на полі. Справу підготовки на короткотермінових курсах швидкої допомоги треба ув'язати з заходами в цій справі райкомів УЧХ.

9. Треба організувати систематичні виїзди в місця весняних робіт бриґад медробітників,ураховуючи в цій справі досвід минулого року та маючи на увазі те, що відряджені медбриґади повинні провадити на селі не вузько-спеціяльну роботу за своїм основним фахом, а, насамперед, надавати першу меддопомогу в полі. Медбриґади повинні також провадити широку санітарно-освітню роботу, висвітлювати питання гігієни с. г. праці, гігієни харчування, особистої гігієни, боротьби з алькоголізмом тощо.

(*Продовження див. на стор. 47*)

ВІДОМОСТІ

про медсанобслуговування сільсько-госп. виробн. кампанії 1931 року *)

Район .

№№ п/ч.	Перевед. осіб через короткотерм. курси	Відкрито пунктів перш. доп.	Заготовл. аптечок першої допомоги	Медбриґади			Відкр. сезонних ясел		Допомога в полі		
				Кільк. бриґад	В них: Кільк. лікарів	В них: Середн. персоналу	Кільк. ясел	На скільки дітей	Пересувн. медпункт	Сан-догляд	Харчув.

*) За цією формою треба подати відомості так цифрові, як і текстові

10. В галузі санітарно-освітнього обслуговування підчас сільсько-господарської кампанії треба вжити заходів, щоб розгорнути „кутки здоров'я" по комунах та радгоспах давши теж перевагу питанням гігієни с. г. праці та першої допомоги та утворити тимчасові гігієнічні консультації.

11. В районах, де є невеликі комуни й радгоспи, треба організувати пересувні виставки або районні саносвітні бази, устаткування яких можна одержати через базу наочного приладдя НКОЗ за 50% вартости.

12. Розповсюджити матеріяли, видані від Наркомздоров'я (брошура „Сівба та здоров'я та листівки), що їх НКОЗ надішле в лютому місяці до всіх районів та вжити заходів до широкого розповсюдження журналу „Шлях до здоров'я", номера якого буде присв'ячено питанням здоровоохорони підчас сільсько-господарської кампанії.

Щоби дійсно забезпечити належне медсанобслуговування засівників навесні наступного року, треба, щоб усі вищезазначені заходи було заздалегідь відповідно підготовлено за певним конкретним пляном РЗІ, обговорено на нарадах медробітників та повнотою переведено в життя.

Про ввесь хід підготовки до сільсько-господарської кампанії пропонується повідомляти Наркомздоров'я 2 рази на місяць: на 1-е та 15-е число (за формою, що до цього додається).

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний.**

(Об. розп. НКОЗ з 15 січня 1930 р.).

17. Про розгортання ясельної мережі на час весняної сільсько-господ. виробн. кампанії *)

До всіх райвиконкомів (РЗІ), до всіх райколгоспспілок і райспоживтовариств

Весняна сільсько-господарська виробнича кампанія цього року має поряд загального, величезного, політичного та економічного значення — відограти чималу ролю в справі збільшення мережі ясел.

Особливо значну ролю ясельна мережа має відограти в соціялістичному секторі сільського господарства.

Значне місце в сільсько-господарському виробництві посідає жінка, для якої треба утворювати особливі умови праці в колгоспах, так само й в громадсько-політичному житті сільських організацій, в яких жінці треба забезпечити можливість виявляти свою активну участь.

Водночас питання оздоровлення дитячого побуту дедалі набирає все більшої сили. Отже, широке розгортання дитячих установ, ясел, майданчиків тощо безперечно сприятиме збільшенню ефекту виробничого сільсько-господарського процесу, кращому використанню жіночої робсили та правильної організації в справі виховання дітей.

Наркомздоров'я, Укрколгоспцентр та ВУКС, плянуючи мережу дитячих установ, ясел, встановлюють знову контрольний мінімум, що його треба вам обов'язково здійснювати по району, причому діяльність вашу ви маєте скерувати таким напрямком:

а) охопити цілком усі комуни та колгоспи яслами;

б) якнайбільше охопити яслами великі колгоспи;

в) утворити ясла для групи невеликих колгоспів, що перебувають в одному селі.

Ми вважаємо за доцільне, щоб дітей бідноти та наймитів, що не належать ще до колгоспів, приймали в колгоспні ясла, якщо не буде змоги утворювати для згаданої групи селян окремих дитячих установ.

Успіх розгортання дитячих установ можна забезпечити за умовами розгортання масової роботи серед учасників колгоспів та вирішення цих питань самим правлінням колгоспу.

*) Розіслано місцям 13 січня 1931 р.

Досвід минулого року треба використати цілком у розумінні якнайбільшого забезпечення ясел достатнім персоналом, здатним приміщенням, належним обладнанням та харчовими відповідними продуктами.

Треба цього року домогтися, щоб ясла було краще, ніж досі, забезпечено медичним доглядом та мінімальними санітарними умовами, щоб запобігти розвиткові інфекційних захворувань.

Наркомздоров'я зауважує, що до медичного обслуговування ясел треба притягувати всіх лікарів районів.

Райздоровінспектору пропонується забезпечити максимальною мірою попередній огляд дітей, що їх прийматимуть до ясел, а також утворити консультацію, яка давала б висновок щодо місця розташування дитячих установ, щоб ці місця дійсно відповідали б меті оздоровлення дитинства.

Споживспілці належить забезпечити за нормою Наркомторгу постачання яслам продуктів дієтичного харчування та інших потрібних матеріялів щодо обладнення тощо.

Ми намічуємо орієнтовно організацію в вашому районі... ясел *).

Ці контрольні числа, що ми їх тут даємо, в/районі є орієнтовні в розумінні мінімума, себто зменшити його ні в якому разі неможна, а, навпаки, в разі можливости, треба домогтися збільшення цієї цифри.

Наркомздоров'я пропонує подавати відомості про хід підготовної роботи щодо розгортання ясельної мережі щомісяця.

Водночас подайте ваш плян мережі ясельної, погоджений зі всіма організаціями, що беруть участь, або самі організують ясельну мережу.

Член Колегії Наркомздоров'я **Генкін**
Член Правління Укрколгоспцентру **Стасюк**
Член Правління Вукопспілки **Лисневський**

(Об. розп. НКОЗ, ВУКС'у та Укрколгоспу ч. 16/340 — 19/12 в 13 січня 1931 р.)

ОХМАТДИТ

18. Санітарний мінімум

дитячих постійних та сезонових ясел

(Окремо не надіслано)

Велике зростання кількости дитячих ясел, так постійного, як і сезонового характеру, активна потреба ще збільшити мережу дитячих ясел у зв'язку з найважливішими завданнями, що стоять тепер перед республікою, вимагають, щоб нормальне життя дитячих ясел було забезпечувано мінімальними санітарними умовами.

Досвід минулого року яскраво довів, що за наявности досить великої кількости дитячих інфекційних захворувань в країні, забезпечення дитячих установ при їх організації хоча б мінімум санітарних умов є потрібне, щоб запобігти збільшенню інфекційних захворувань та сприяти нормальному розвиткові дітей.

Загальні вимоги

1. Організуючи дитячі ясла постійного або сезонового характеру, вибираючи для них місце, треба керуватися такими санітарними вимогами:

а) щоб місце не було забруднене спадними водами;

***) Кількість передбачуваних до організації ясел було визначено для кожного району в окремому листі.**

б) щоб воно не було розташовано біля таких установ, що забруднюють ґрунт;

в) щоб воно не було завідомо малярійним;

г) місце повинно бути за змогою забезпечено площею зелених садінь.

2. Вибір приміщення або пристосування існуючого приміщення, добудування його або збудування нового, а також вибір місця під сезонові або постійні ясла треба провадити обов'язково, за висновком санлікаря по міст.х, а по районах, де санлікаря нема — за висновком райздоровінспектора.

Увага 1. У разі дитячі ясла не є в окремому будинкові, приміщення треба відокремити від інших мешканців, зробивши для нього відокремлений вхід.

Увага 2. Вибираючи місце або приміщення під сезонові дитяч. ясла, заборонити організовувати ясла в місці інфекційного вогнища

3. Вибираючи приміщення під дитячі ясла, треба брати на увагу, що будинок не повинен бути вохким, щоб туди поступало сонце, щоб приміщення ясел не було зв'язано з загальним помешканням.

Мінімальна кількість приміщень для міських ясел

Мінімальна кількість приміщень для ясел по містах становить: на групу дітей (15-17) спальня, столова-ігральна, горшечна з умивальником. Для всієї установи: прийомна, роздягальня з одягальнею, кімната годування матерями немовлят, оглядова, ізолятор, кухня, пральня, приміщення для брудної білизни.

Для ясел сезонових на окрему групу (20 дітей — спальня, для всієї установи ізолятор, приміщення для перебудування дітей підчас непогоди.

Увага 1. Кухня і пральня можуть бути, якщо немає окремих приміщень, загальні або для сезонових ясел — розташовані на дворі під повіткою.

Увага 2. Під горшечну для сезонових ясел можна відводити відокремлений куток на дворі.

Увага 3. По сезонових яслах для вмивання дітей можна виділити окремий куток на дворі та замісць душей — вживати садові лейки.

Пристосування приміщень

Організуючи нові ясла постійного або сезонового характеру, треба приміщення ясел обов'язково побілити. Для можливости провітрювання треба зробити фрамуги або кватирки. Для постійних ясел підлога повинна бути дерев'яна.

Улаштування ясел

1. По всіх яслах, так постійних, як і сезонових, кожна дитина повинна мати окреме ліжко.

Увага. Для дітей після 1 року замість ліжка може бути розкладушка (дачне ліжко).

2. Норма змін натільної та постільної білизни встановлюється для постійних ясел 3, для сезонових — 2.

3. Кожна дитина повинна мати свій окремий рушник.

4. Кожна дитина так в постійних яслах, як і в сезонових, повинна мати свій окремий посуд, себто окрему ложку, чашку, миску.

Експлоатація ясел

1. Провітрювання приміщень ясел треба провадити так: увесь час, що діти не знаходяться в спальні, кватирка або фромуга залишається відчиненою.

Увага. У сезонових яслах діти повинні провадити свій час сна по можливості на свіжому повітрі.

2. У постійних яслах фромуги або кватирки повинні бути відчинені в столових-ігральнях ввесь час, коли діти сплять або є на повітрі.

3. Вбирання підлоги повинно переводитись обов'язково вохким засобом. Вбирання приміщення по яслах переводиться двічі на день: після другого сніданку та після закінчення роботи в яслах.

Увага. Вбирання та миття підлоги не повинно переводитись за наявности дітей в приміщенні.

Медсаногляд

1. Жодна дитина не може вступити до ясел без попереднього лікарського огляду.

2. В сезонових яслах медсаногляд дітей повинен провадитись не менш, як двічі на місяць.

Увага. У разі виникне інфекційне захворування, до ясел, прикріплюється лікар, якому доручається постійний догляд ясел до закінчення епідемії — для здійснювання всіх потрібних протиепідемічних заходів.

Член колеґії Наркомздоров'я **Генкін**

Погоджено { Член правління Вукопспілки **Лисневський**
Член правління Колгоспцентру **Стасюк** }

19. Про посилення профілактичної роботи дитячих консультацій

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) до всіх міськрад (секцій охорони здоров'я)

Копія до НКОЗ АМСРР

Останнього часу відмічається, що консультації охорони материнства й дитинства недосить добре й повно провадять профілактичну роботу, зокрема — в галузі боротьби з дитячими інфекційними захворуваннями. Зменшився темп щеплення проти віспи, значно зменшилася, а по деяких консультаціях зовсім припинилася робота щодо активної імунізації проти обкладу.

Наркомздоров'я вважає таке явище за зовсім неприпустиме, особливо беручи на увагу, що одним із основних заходів профілактичної роботи консультацій є боротьба з інфекційними захворуваннями серед дітей через щеплення.

Основная профілактична робота — саносвітня — теж зменшилась останнього часу; їй не приділяється досить уваги. У значній кількості консультацій ліквідація санітарної неписьменности серед матерей, що відвідують консультації, не переводиться за певним пляном; нею охоплено занадто мало осіб. А в тім робота ця тепер набуває особливо важливого значення, й саносвітню роботу неможна обмежити лише жінками; її треба поширити й охопити нею також робітників.

Отже, Наркомздоров'я вказує на потребу посилити роботу в цих галузях, щоб жодної дитини, яка відвідує консультацію, не було залишено без щеплення проти віспи та о[illegible]кладу.

Одночасно треба значно посилити патронажну роботу, причому роботі патронажних сестер треба приділити більше уваги, поліпшуючи якість їхньої роботи.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Ст. інспектор охматдиту **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 31 грудня 1930 р.)

Затвердила: Заст. Наркома охорони здоров'я
М. Кустелян

20. ПОЛОЖЕННЯ

про дитвідділ в єдиному диспансері

1. Дитвідділ (колиш. консультація та диспансер ОЗДП) в єдиному диспансері є його частина, що в зв'язку зі всіма іншими відділами обслуговує за єдиним пляном та методою всією профілактично лікувальною допомогою дитяче та підліткове населення району.

2. Активній диспансеризації дитвідділу підлягають: всі діти — немовлята до 1 року та організовані групи дітей та підлітків, що є в яслах, дитсадках, школах ФЗС і школах ФЗУ).

3. Завданнями дитвідділу є:

а) вивчати народженість, захворуваність та смертність серед дітей та підлітків свого району;

б) вивчати умови побуту дітей та підлітків, так окремих індивідуумів, як і колективів (дитустанови, гуртожитки);

в) вивчати умови праці та вплив професійної шкідливости на дітей та підлітків (школа ФЗС, ФЗУ, підприємства, що в них працюють підлітки);

г) боротьба з інфекційними захворюваннями серед дітей та підлітків (щеплення, вакцинація та ревакцинація, активна імунізація т. що);

д) виявляти дітей та підлітків на туберкульозу та венеричні захворювання;

е) вивчати дітей та підлітків у педологічному розумінні;

ж) провадити саносвітню роботу серед дітей підлітків та батьків;

з) доглядати та контролювати справу фізкультури серед дітей та підлітків;

і) здійснювати широкі оздоровні заходи серед дітей та підлітків;

к) надавати лікувальну допомогу так амбуляторну, як і вдома;

л) провадити саносвітній та лікувальний патронаж;

м) вивчати ефективність оздоровних заходів щодо стану здоров'я дітей та підлітків.

4. Зважаючи на біологічні особливості раннього дитячого віку та особливості їхнього побутово-виробничого життя, чим вони значно відрізнюються від шкільного та підліткового віку, в якому побут, шкільний і професійний вплив мають однакове значіння, а також, що форми роботи, особливо диспансерної з дітьми переддошкільного й дошкільного віку значно відрізнюються від форм роботи з дітьми шкільного та підліткового

віку, дитвідділ розподіляється на 2 відділки: відділок охорони здоров'я молодшого дитинства (ОЗМД) і відділ охорони здоров'я старших дітей та підлітків (ОЗДП).

5) Відділок молодшого дитинства (ОЗМД) охоплює своїм диспансерним доглядом та лікувальною допомогою все дитяче населення з народження до 8 років. До складу відділка ОЗМД належать педіятричні кабінети та педагогічний кабінет (педагогічна консультац я).

Увага. Відділок ОЗМД користується спеціяльними кабінетами (очним, отоляринґологічним, зуб ним, нервовим, педолоіічним та антропометричним в фізкультурою), відділку охорони старшого дитинства та підлітків в спеціяльно відокремлені дні, або години.

6. У своїй дільниці лікар-педіятр переводить активну диспансеризацію всіх дітей до 1 року то надає амбулаторну й лікувальну допомогу вдома всім дітям до 8 років.

Увага. Диспансеризацію дітей ясел та дитсадків переводять лікарі цих установ, користуючись лише спеціяльними кабінетами диспансера.

7. Для погодження і для проробки єдиного пляну всієї роботи, особливо в галузі активної диспансеризації п и відділку ОЗМД працює постійна комісія в складі всіх лікарів, що обслуговують ясла, дитсадки, дитячі установи для дітей молодшого віку, дитлікарні та лікарні для немовлят, завідателів цих установ, зав. відділку і представник КОПП'у.

8. Саносвітній патронаж переводиться серед всіх дітей до 1 року й виборочно серед решти дітей. Кількість патронажних відвідувань до 1 року повинно бути не менш 4 разів. Лікувальний патронаж переводиться хворим дітям за призначенням лікаря-педіятра відділу.

Увага. У дітей що відвідують ясла та дитсадки, саносвітній патронаж переводить відповідна установа.

9. Саносвітню роботу серед батьків провадять так педагогічний кабінет відділку, як і за певним пляном всі робітники відділку, ясел, дитсадків та інших дитячих установ, так в самих установах, як і поза межами установ, себто: по клюбах, житлокоопах, на підприємстві, в санітарно-гігієнічній консультації тощо.

10. Дитвідділок своїми силами переводить всі вакцинації та щеплення; по яслах, дитсадках та інш. дитустановах цю роботу переводять лікарі, що їх обслуговують.

11. Дитвідділок ОЗМД в своїй роботі ув'язаний так зі всіма відділками єдиного диспансеру, як і зі всіма дитячими установами для дітей молодшого віку свого району, кімнатами для немовлят при пологових лікарнях та будинках і дитлікарнями. Відділ ОЗМД користується в своїй роботі спеціяльними відділами диспансеру (лябораторія, рентґен, фізіотерапевтичний відділ, аптека тощо).

12. Діти, що хворіють на декомпенсовані форми туберкульози та венеричні хвороби, після виявлення цього дитвідділком, передаються на лікування та диспансерний догляд дитвідділкам туб. та вен. відділів єдиного диспансеру, крім дітей віком до одного року. Лікування цих дітей переводиться в самому відділку за постійної консультації лікарів фтизіятрів та венерологів.

13. До складу дитвідділку по охороні здоров'я молодшого дитинства входять такі допоміжні установи: молочна кухня, дитмайданчики для дітей преддошкільного та дошкільного віку дитсанаторії (денні та постійні тощо).

14. Дитвідділок ОЗДП провадить усю профілактичну та лікувальну роботу серед дітей від 8 років та підлітків до 18 років. До складу дитвідділу ОЗДП входять такі кабінети: педіятричний, педологічний, антропометричний з фізкультурою та корегувальною гімнастикою, очний, зубний, ото-ляринголоґічний, нервовий, профорієнтації та профконсультації.

15. Активній диспансеризації відділку ОЗДП підлягають всі школи ФЗС та ФЗУ району. По школах ФЗС активною диспансеризацією охоплюються перша, п'ята й сьома групи й цілком школи ФЗУ.

Увага: Школу охоплюють диспансеризацією незалежно від того, що діти, які відвідують школу, не живуть в районі обслуговування відділку. Лікувальною ж допомогою дітей та підлітків обслуговує відповідний диспансер у місці проживання.

16. В своїй роботі відділок ОЗДП так само, як і відділок ОЗМД ув'язується зі всіма відділами єдиного диспансеру та користується його спеціяльними відділами (рентген, ляборатория, фізіо-терапевтичний, аптека тощо).

Увага: Порядок напрямлення дітей хворих на туберкульозу та венеричні захворювання — той самий, що і у відділкові ОЗМД.

17. Щоб опрацьовувати єдиний плян всієї роботи по ОЗДП, повинна існувати рада диспансеризації в складі всіх лікарів ОЗД та ОЗДП району, завідателів шкіл ФЗС та ФЗУ, представників КОПІП'у, представників санкомісій шкіл ФЗС та ФЗУ.

18. Відділок ОЗДП організовує всю роботу та контролю за фізкультурою так по школах ФЗС та ФЗУ, як і по району й опрацьовує єдиний плян для всіх робітників, що провадять цю роботу по району.

19. Відділок ОЗДП організовує всю педагогічну роботу в районі, об'єднуючи пляни всіх окремих педологічних кабінетів, як по школах ФЗУ та ФЗС, так і на підприємстві.

20. Відділок ОЗДП опрацьовує єдиний зведений плян саносвітньої роботи серед дітей шкільного віку, підлітків та батьків, організовує виконання цього пляну так в єдиному диспансері, як і по школах ФЗС, ФЗУ, клюбах ЮП, загонах, по гуртожитках, на підприємствах, сан. гіг. консультаціях тощо.

21. До складу відділку ОЗДП входять, як допоміжні установи, денні та нічні санаторії для дітей та підлітків, денні та нічні майдани, колонії ЮП та шкільні колонії робітничої молоди, постійні санаторії тощо.

22. Відділок ОЗДП виявляє своїми силами дітей та підлітків, що мають інфекцію на туберкульозу та венеризм. Щодо вакцинації, ревакцинації, активної імунізації проти обкладу, шкарлятини тощо, то це провадиться в установах, себто по школах ФЗС і ФЗУ.

23. Відділок ОЗДП об'єднує всі пляни широких оздоровних заходів серед дітей та підлітків свого району, як-от організація гарячих сніданків по школах, фіз. та спортмайданів, санаторних установок, щодо туризму й стежить через відповідну секцію КОПІП'а за виконанням пляну.

24. Кількість лікарів-педіятрів диспансеризаторів так відділку ОЗДП, як і відділку ОЗДП залежить від кількости дітей та підлітків району (окремої ділянки лікаря-диспансеризатора) за норми прийому в диспансери в 10 осіб на пів робочого дня і 6 відвідувань вдома.

21. Про роботу лікарів ОЗДП

До всіх райздоровінспекторів і робітників секцій охорони здоров'я міськрад. До Інспекторів ОЗДП, завідателів диспансерів ОЗДП, дитполіклінік. До всіх МСУ на транспорті. Копії до НКОЗ АМСРР, Вук'у МСТруд і уповноваж. НКОЗ в Одесі т. Волковому.

Шановні товариші!

Надзвичайні умови сучасного моменту та завдання, що стоять тепер перед органами охорони здоров'я взагалі, та зокрема в галузі ОЗДП, себ-то: загальне навчання та політехнізація школи вимагають від організацій ОЗДП, щоб вони рішуче переключили свою роботу з санітарно-гігієнічної на педологічну.

Робота лікарів ОЗДП досі йшла шляхом санітарного обслуговування шкіл, боротьби з епідеміями, вживання заходів протиепідемічного характеру то саносвітньої роботи з організацією та керуванням дитячої сунітарної комісії.

Справа щодо педологічного порядку залишалася осторонь за низкою причин, а саме: переобтяження лікарів ОЗДП та їхньою недостатньою кваліфікацією.

На цей час школу реорганізовано за типом школи виробничої, і в цьому великому процесі лікар ОЗДП не може стояти осторонь, він мусить брати участь в справі організації виробництва в школі, розподілу дітей щодо окремих видів виробництва в школі, вивчання впливу його на дітей — школярів та підлітків.

Лікар ОЗДП ще наглядає за санітарними умовами шкіл, майстерень та інш. Він мусить бути також насамперед, консультантом всіє роботи щодо нормального здорового гігієнічного виховання дітей та підлітків.

Друге важливе завдання — це сприяти нормальному здійсненню учбового пляну, а також правильно поставити підготовку кадрів, допомагати правильному комплектуванню груп дітей, щд вступають по семирічки з розподілом та виділенням груп середніх та суміжних в школі та окремо — поза школою — для розумово відсталих дітей. Оце все мусить стати справою лікаря ОЗДП.

Ця робота по великих містах іде вже, але дуже неорганізовано і без належного керівництва, тому Наркомздоров'я та Наркомосвіта зараз розпочинають дану роботу, включаючи до пляну її питання щодо самої організації справи педології як от: утворення центральної міжвідомчої комісії в центрі та педологічних бюр на місцях, проробки питань щодо перекваліфікації педологічних кадрів, вивчення взагалі реконструктивної школи та ролі в неї ОЗДП з боку педології та інш.

Звертаючи вашу увагу на велике значення цієї справи, Наркомздоров'я повідомляє що найближчим часом НКОЗ надішле належні для цього матеріяли.

Щодо практичних пропозицій та напрямку в галузі педологічної роботи, вам належить обмірковувати разом з робітниками наросвіти конкретний плян роботи в свойому районі. З приводу цих питань надішліть свої висновки до НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторовіч.**

(Об. лист Наркома Охор. Здорвв'я з 10 січня 1931 р.)

22. Про організацію оздоровних заходів серед дітей і підлітків

(Окремо не надіслано)

До всіх РВК (РЗІ), міськрад (секцій охор. здоров'я), до всіх МСУ на транспорті. Копії до НКОЗ АМСРР, до ВУКУ, МСТруд, до Уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового

Умови нашого часу—реконструкції народнього господарства, колективізація села з одного боку, а з другого—специфічні умови роботи охорони здоров'я серед дітей та підлітків в зв'язку з загальним навчанням, політехнізацією шкіл та втягненням підлітків до виробництва (підготовка кадрів)—становлять перед органами здоровоохорони питання про необхідність розвитку широких оздоровних заходів серед дитячого підліткового населення.

Зараз до цієї справи організації ОЗДП повинні щільно підійти, забезпечивши розвиток і реалізацію цього відповідними темпами й необхідним маштабом. Основна установка органів здоровоохорони повинна йти шляхоми втягнення до цієї роботи громадських організацій як-то: Т-ва ДД, кооперацію, житлокооперації, УЧХ, профспільки, КСМУ, колгоспів, маси батьків через комісії сприяння при школах, й окремо активу дитячих мас—піонер-колективів. Досвід Москви, — де піонер-колективи, зв'язані з виробництвом—зуміли мобілізувати увагу останніх до справи оздоровлення дітей, й конкретизувати це одержанням коштів для організації оздоровних установ—треба й нами врахувати та перевести.

За передумову можливости зрушити цю роботу, надаючи їй необхідну масовість в частині охвату дітей та підлітків, розгорнення мережі править закон „5 березня 1930 р.“ (Збірник найголовніших директив й розпоряджень у справах охорони здоров'я за 1929-30 р.), який точно опреділює матеріяльну участь організацій та промисловости в справі оздоровлення дитячого населення.

Другим головним моментом перехід від сезоново-оздоровного характеру, що змінює тільки свої форми залежно від частини року.

Не лише оздоровна дитяча кампанія, а організація мережі постійних оздоровних установ й систематична робота по оздоровленню дітей та підлітків—це гасло сьогоднішнього дня.

Переходячи безпосередньо до типів дитоздоровних установ та установ оздоровного порядку для підлітків, треба поділити їх на установи постійні, якто: а) дитсанаторії, денні та нічні санаторії для дітей і підлітків; б) дієтідальні, установи, які треба включити в мережу підсобних при диспансерах ОЗДП та відобразити в річному кошторисі місцевого бюджету та фонду меддопомоги.

Поруч цього всемірно повинні розгортатися установи масового порядку цебто: зимою санаторні установки при школах, дитячі лижні станції, ковзанки для дітей та підлітків, та посилення заходів щодо розвитку шкільного харчування. Особливу увагу треба приділити санаторним установкам при школах, які приступні за умовами обладнання, так і загальної вартости їх.

Здійснюючи наближення санаторної допомоги дітям безпосередньо до виробництва (до школи), санаторна установка не вимагає спеціяльно-складного обладнання, й мусить забезпечуватись лише наявністю павільйону з повіткою при шкільному подвір'ї, де можна було-б дітям лежати на повітрі, незалежно від погоди. Коли-ж здійснити організацію павільйону на подвір'ї неможна, необхідно й можливо організувати лежання дітей в шкіряних або ватних лантухах в приміщенні школи за відчинених вікон.

Санаторна установка при школі обслуговує переважно дітей молодшого концентру з груп, що диспансеризуються (там, де диспансеризація переводиться) і включає до себе організацію санаторного режиму, харчування сніданками та обідами, а також організацію відпочинку лежання після обіду на повітрі. Клясовий принцип підчас відбору дітей до санаторної установки треба цілком додержувати, обслуговуванням дітей робітників Донбасу на 90%, для решти промислових центрів—75—80%.

Іншим типом установ оздоровного порядку для школярів та підлітків є санаторії „5 дня відпочинку“.

Організовані за типом звичайних санаторій, вказані установи дають можливість раціонально й здорово відпочивати масам школярів і підлітків за щоденної зміни відповідних бриґад.

Курс відпочинку встановлюється для кожної бриґади—6 тижнів.

Переходячи до типів літніх оздоровчих установ і на майбутнє треба залишити майдани літні та зимові, як масовий тип установ, особливо для сільських місцевостей.

По місцях, що їхні кліматичні та санітарні умови незадовільні (Донбас, Харків та інш.), установку треба робити на організацію позаміських колоній — лагерів з вивозом дітей за місто й організацією колоній для робочої молоді.

Рішучий курс треба взяти на організацію повної мережі санаторій й реорганізацію існуючих дитплощадок в денні дитячі санаторії, якісно їх поліпшивши.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**

(Обіжне розп. НКОЗ з 14 січня 1931 р. ч. 340—19).

22-а Про заходи до поліпшення санітарного стану дитячих будинків

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів), до райінспекторів освіти, до міськрад, відокремлених в окремі адміністративно-господарчі одиниці (до секції охорони здоров'я та освіти), до всіх медсанупрів на транспорті. Копії — до НКОЗ АМСРР, до ВУК'у. спілки Медсантруд та уповноваженого НКОЗУ в Одесі т. Волкового.

За відомостями, що їх одержують Наркомздоров'я та Наркомосвіти, стан дитячих будинків, колоній і містечок дуже погіршав, а це дуже кепсько відбивається на їхньому санітарному стані.

У ряді дитячих установ тепер, в зв'язку з недостатнім обладнанням ліжками, білизною знов почали зростати пошесні захворування на трахому, стригучий лишай, коросту тощо.

Далі, в зв'язку з районуванням, дитячі будинки для дітей, хворих на вищезазначені хвороби, що їх (дітей) раніш обслуговували будинки своєї округи, тепер мають міжрайонне значення, через що вони повинні обслуговувати дітей прикріплених районів, куди останнім належить звертатися.

НКОЗУ та НКОсвіти пропонують вжити всіх належних заходів, щоб поліпшити санітарний стан будинків, ліквідувати пошесні захворування та посилити саногляд останніх.

Наркомздоров'я УСРР **Канторович**

Заст. Наркомосвіти **Кузьменко**

(Об. розп. НКОЗ та НКО ч. 6—340—19 з 13 січня 1931 р.).

23. Про обслуговування дитячими установами застрахованих кустарів.

(Окремо не надіслано)

До всіх РВК райздоровінспекторів, до всіх секцій охорони здоров'я міськрад. До всіх промстрахкас. Копії до НКОЗ АМСРР. До уповнов. НКОЗ в м. Одесі т. Волкового.

Щоб виконати промфінплян системи промкооперації, щоб підвищити продукційність праці й звільнити жіночу кустарну масу від зобов'язань щодо догляду дітей,

щоб виконати постанови Уряду щодо колективізації та оздоровлення дитячого побуту, система кас взаємного страхування кооперованих кустарів намітила цього року за пляном значне збільшення роботи по обслуговуванню застрахованої маси дитячими установами.

Промкооперація передає промстрахкасам певні відрахування від зиску для здійснення цього соціяльно-побутового обслуговування застрахованих.

Промстрахкаси на місцях погоджують свої пляни щодо організації цього обслуговування з місцевими органами здоров'я відповідно до існуючих в цій галузі директив.

Райздоровінспектори, або секції охорони здоров'я міськрад і собі повинні всіляко допомогти промстрахкасам здійснити накреслені ними пляни організації соціяльно-побутового обслуговування своїх застрахованих.

Там, де можливо, промстрахкаси утримують власні дитячі установи, а там, де це неможливо, органи охорони здоров'я організують укупі з промстрахкасами спільні установи. В спільних установах промстрахкаси беруть матеріяльну участь у витратах пропорційно кількості місць, що надається для дітей їхніх застрахованих.

Там, де промстрахкасам неможливо утримувати власні або спільні установи, органам охорони здоров'я треба забезпечити промстрахкаси місцями в дитячих установах РЗІ або секц. охорони здоров'я на умовах відповідно до чинних в цій галузі постанов.

Провадячи підготовку кваліфікованих кадрів через курси практикантів, що організуються при консультаціях, треба притягти на ці курси жінок зі складу застрахованих системи промкооперації для підготовки співробітників для мережі дитячих установ промстрахкас. Кількість відбираних на ці курси РЗІ або секції охорони здоров'я погоджують з промстрахкасами. Промстрахкаси відповідно до кількости таких осіб беруть матеріяльну участь в утриманні цих курсів.

Про наслідки просимо негайно повідомити.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян.**

Голова бюра Вукосоюзкас **Бушев.**

(Спільн. лист НКОЗ і Вукосоюзкас ч. 16-310-19-19 з 18 січня 1921 р.)

24. Про участь Житлоспілки в організації ясел у зв'язку з заходами до забезпечення робсилою на 1931 р.

(Окремо не надіслано)

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад, до житлоспілок та житлокоопів. Копія до НКОЗ АМСРР.

Натепер промисловість реалізує вирішення грудневого пленуму ЦК ВКП(б), ЦК КП(б)У та сесій Центральних Виконавчих Комітетів СРСР та УСРР в питаннях підготовки кадрів за промпляном 1931 року. Виняткове місце надається підготовці сотень тисяч жінок до вступу на виробництво. Основна маса жіночої праці на виробництві буде з робітничих родин.

Відхід пролетарки від хатнього господарства можливий лише за умов розвитку широкої мережі соціяльно-культурних та побутових установ. Виняткового значення набувають ясла й дитмайданчики. Масова організація дитячих установ, що допоможе пролетарці звільнитися від клопоту щодо догляду дитини, це — перший ступінь до здійснення директиви партії та уряду в питаннях організації жіночої праці.

Великі суми, що їх асигнують уряд, госпоргани та громадські організації, не зможуть цілком забезпечити нового будівництва дитячих установ. Тому - дуже гострим є питання про додаткові ресурси, щоб повнотою та своєчасно розв'язати зазначене питання. Житлова кооперація зобов'язана на місцях разом з органами охорони здоров'я вже тепер розпочати вишукування додатково до дитустанов, що будуються, площі в житлокоопах для ясельних установ.

Вам треба негайно приступити до опрацьовання пляну розміщення ясельних установ по житлокоопах міста та району.

Треба всяким способом домагатися, щоб територіяльне розміщення ясел було якнайзручнішим для робітниці; ясла повинні забезпечити робітниці максимум економії часу для зв'язку з ними.

Щодо санітарного стану — ясла повинні відповідати мінімальним вимогам, що дані в директиві Наркомздоров'я — спеціяльно розробленому санмінімумі *).

*) Див. в цьому таки нумері бюлетеня.

Житлокооперація разом з органами охорони здоров'я повинна в дводекадний термін подати свій плян організації ясел із вказівками охоплення жіночого робітничого населення й кількости установ, що організуються.

Наркомздоров'я УСРР **Кустелян.**

За голову правління Укржитлоспілки—Член правління **Муллер.**

САНЕПІД. САНОСВІТА

25. Про виписку бак. препаратів

(Окремо не надіслано)

Райвиконкомів (РЗІ) і міськрад, до всіх секцій охорони здоров'я, до санбак. інститутів, до міжрайсанстанцій.

Наркомздоров'я звертає увагу секцій охорони здоров'я, райЗІ, міських та районних санорганізацій на те, що в багатьох випадках вимоги на бакпрепарати, що надходять до бакінститутів, складено часто-густо без достатньої уваги до питань правильного та раціонального вживання вакцин та сироваток.

Спостерігаються випадки, коли керівник медично-санітарної установи вимагає відпуску „шкарлятинозної сироватки для профілактичного прищеплення", „протиобкладної сироватки для активної імунізації", „шкарлятинозної вакцини для лікувальних потреб", „протиобкладного токсину для активної імунізації" або „протиобкладної вакцини для реакції Шика", тощо.

Теж саме спостерігається в справі визначення кількости бакпрепаратів: розміри вимог зовсім не відповідають дійсним потребам, а іноді настільки перебільшені, що це безумовно свідчить про повне нерозуміння того, яких саме вживають доз вакцин та сироваток в практиці вакцинації та серотерапії та які розміри робіт накреслюються в справі вакцинації на той протяг часу, що на нього надсилається вимога.

Отже, були випадки, коли інститути одержували вимогу від району, де є лише 60—70 тисяч населення, на 200.000 доз детриту, вимогу на протиобкладну сироватку кількістю 100 літрів, тощо.

Справа погіршується також через те, що, не зважаючи на розпорядження НКЗдоров'я, до інститутів надсилають вимоги декілька установ району або міста частіш за все без попередньої контролі та візи РЗІ або секції охорони здоров'я.

Всі ці явища викликають завжди зайві затримки в справі відпуску бакпрепаратів, зайву переписку бакінститутів з установами, що надсилають такі вимоги, та з НКЗдоров'я, тому що бакінститути не можуть бути певні того, що збільшені вимоги треба дійсно задовольняти, а тому додатково й запитують установи або скорочують вимоги за своїм розсудом.

Зрозуміло, що за такого стану немає певности в тім, що витрачання бакпрепаратів переводиться на місцях досить доцільно, себто відповідно до дійсних потреб, спроможности установи, що провадить роботу в справі вакцинації або серотерапії та, що особливо важливо, на підставі сучасних відомостей щодо вживання вакцин і сироваток, до того ж керуючись тими вказівками, що їх надається взагалі на етикетках бакпрепаратів.

Зростання вимог на бакпрепарати в зв'язку з поширенням робіт в справі вакцинації населення та на сироватки у зв'язку з великим значінням, що надається тепер серотерапії, вимагає значного збільшення виробничого програму бакінститутів.

Ось чому питання плянового постачання бакпрепаратів відповідно до загальних та місцевих плянів вакцинації та вживання серотерапії, постійна контроля керівників охорони здоров'я, зокрема районних та міських санорганізацій за витрачанням бакпрепаратів, їх правильним переховуванням, стеження за правильною та своєчасною випискою та одержанням бакпрепаратів—набувають найважливішого значення в справі виконання виробничого пляну бакінститутів, епідемічного оздоровлення республіки та окремо зниження смертности від низки інфекцій, за яких вживання серотерапії цілком сприятливо впливає на перебіг хвороби.

На підставі всього вищезазначеного, НКОЗдоров'я пропонує в справі постачання бакпрепаратів та вживання їх рішуче домогтися, щоб найближчим часом було усунено всі непорозуміння та хиби, що їх до цього часу спостерігається, для чого:

1. Суворо додержувати того порядку, що постачання бакпрепаратів в районі проводить райЗІ або особа, якій буде доручено керувати цією справою, в місті — міськсанінспектор. Така особа персонально відповідає за всю справу в цілому.

2. Подати до санбакінституту, до якого прикріплено район або місто в справі постачання бакпрепаратів та детриту, замову на 1931 рік з поквартальним розподілом: таку замову треба скласти на підставі знань епідемічности району або міста, накреслених плянів вакцинації, потреб в серотерапії. Термін виконання — не пізніш 20 лютого 1931 року.

3. Встановити відповідну контролю використання та переховування бакпрепаратів по медично-санітарних установах, аптеках району або міста (а також філіях ВАУ), забезпечити повне ознайомлення з дійсними потребами кожної установи в бакпрепаратах.

4. Надсилаючи замовлення додержуватися загально-відомих даних про те, що таке вакцина, сироватка, антитоксин, токсин, їхні сумішки, про те, чого саме вживається для активної та пасивної імунізації, для серотерапії, для реакц. Шика, тощо.

5. Всім бак. інститутам, міжрайсанстанціям на час переведення обслідувань району, або районних та міжрайонних нарад давати загальну інформацію у справі вживання вакцин та сироваток.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч.**

Інспектор-епідеміолог **Гандельсман.**

(Об. розп. НКОЗ 12 січня 1931 року № 324—15)

26. Про щеплення проти дитячих інфекцій

(Окремо не надіслано)

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад та наросвіти, а також райздоровінспекторів та райнаросвіт.

Рух дитячих інфекцій за останні роки, значно посилений взагалі та зокрема на Україні, викликає потребу посилити противоепідемічні заходи, особливо прищепну кампанію серед дітей. За відомостями, що є в НКОЗ, рух дитячих інфекційних захворувань такий:

	1928 р.	1929 р.
Шкарлятина . .	79.383	93.777
Обклад	29.179	23.111
Кір	100.546	113.819
Кашлюк	72.309	84.070

Проте, заходи щодо щеплення дітей (активної імунізації) на місцях провадяться дуже кепсько й вони не опановують того місця та значення, яке вони мусять мати в загальній сумі протиепідемічних заходів. Тому НКОЗ пропонує звернути увагу та вжити всіх заходів щодо активізації даної справи, а саме:

1) Продовжувати плянову імунізацію проти шкарлятини з тим, щоб охопити щепленням усіх дітей, що вступають до семирічки, кількість яких у зв'язку з загальним навчанням, значно збільшилася. Щеплення проти шкарлятини повинні охопити дітей семирічки 1, 2 та 3 груп.

2) Приділити особливу увагу щепленню проти обкладу, імунізації насамперед тих дітей, що вступили до семирічки цього року, а також школярів всіх груп. Цю роботу треба переводити за відповідним пляном, з таким розрахунком, щоб у відповідний термін всі шкільні групи було імунізовано (з попередньою перевіркою на реакцію Шика) та щоб діти — школярі були на точному обликові у шкільного лікаря в цьому відношенні.

Водночас НКОЗ звертає В/увагу на потребу опрацювати пляни прищепної кампанії з таким розрахунком, щоб дітям, яких треба напрямити до санаторії, було імунізовано проти шкарлятини та обкладу, а відомості

про це було дано в загальній сумі відомостей про дітей, яких надсилають до санаторій.

Заст. Наркомздоров'я — кер. медсансектора **Кустелян.**

(Об. розп. НКОЗ ч. 332—10 з 1 січня 1931 р.)

27. Про порядок постачання периферії науковою й саносвітньою літературою.

До всіх райздоровінспекторів, секцій охорони здоров'я міськрад, медсанупрів нупрів, Дніпрельстану та Тракторобуду.

Сектор науки та санкультури НКОЗУ повідомляє:

1. Зі всіма замовленнями на наукову та саносвітню літературу, листівки, плякати тощо за рахунок РЗІ належить звертатись безпосередньо до ближньої книгарні ДВОУ.

2. В разі відсутности потрібної літератури в зазначеній книгарні, пропонується вам звертатися до медичної книгарні ДВОУ № 8 (Харків, Шляпний пров. № 2) або до склепу медичної книги Книгоцентру (Харків, Купецький спуск № 2).

3. Група санкультури не відає справи постачання периферії літератури та наочного приладдя за гроші, і всі вимоги на них надалі пересилатиме до книгарні ДВОУ № 8, яка й виконуватиме ці замовлення районів, надсилаючи їх накладною платнею.

4. Надалі група санкультури надсилатиме безкоштовно централізованим порядком лише літературу та плякати до певних кампаній на адресу райбудинків санкультури або райздоровінспектур, які повинні одержану літературу та плякати негайно розподіляти між лікувальними та санітарно-профілактичними установами району, не затримуючи їх у себе на склепі.

5. Лише з протиепідемічної літератури, що її надсилає НКОЗ, дозволяється залишати в себе на склепах частину матеріялів, як фонд.

6. Видання місцями будьякої літератури: гасел, пам'яток, листівок треба провадити якнайуважніше. За ідеологічний та фактичний зміст відповідає райздоровінспектор і саносвітробітник, де він є. Один примірник кожного видання обов'язково надсилати до НКОЗ.

7. На листуванні до Наркомздоров'я з приводу літератури зазначати на адресі „група санкультури".

Керівник сектора науки **Ліфшиц.**

Ст. інспектор у справі видав-ва та наочного приладдя **Подражанський.**

(Лист з 20 січня 1931 р.)

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ

28. Про утворення здоровосередків у соціялістичному секторі села

До всіх РВК (райздоровінспекторів), секцій охорони здоров'я міськрад, медсанупрів водсанупрів, ВУК Медсантруд та НКОЗ АМСРР

До уповноваженого НКОЗУ в Одесі тов. Волкового

Оздоровлення побуту сільського соціялістичного сектора, як і взагалі всі загально-оздоровні заходи треба здійснювати на базі самодіяльности колгоспницьких мас та робітників радгоспів.

Самодіяльність мас у сільському соціялістичному секторі повинна знайти собі місце в самому низовому осередкові й насамперед в комуні, колгоспі та радгоспі.

В цьому осередкові органи охорони здоров'я повинні знайти собі вірних, активних робітників для переведення цілої низки широких оздоровних заходів.

Виконанню намічених профілактичних заходів широкого санітарного та санітарно-культурного значення повинна сприяти вже випробована

що вже дала найкращі наслідки, система шефства, ударництва, соціялістичного змагання й організація крізних бриґад.

За найкращу первісну організаційну форму самодіяльности мас треба визнати здоровосередок, який треба утворити в кожній комуні, артілі, машино-тракторній колгоспі та радгоспі. Організація таких здоровосередків повинна бути найпершим, найголовнішим та виключно ударним завданням периферичної медично-санітарної організації від активности, енергії й організаційної здібности якої буде в значній мірі залежати переведення в найкоротчий термін тих елементарних санітарних заходів, того санітарного мінімуму, без яких соціялістичне будівництво не може йти тим темпом, якого вимагає шлях, що його накреслив ЦК ВКП(б) в постанові про медично-санітарне обслуговування робітників і селян.

Щоб полегшити периферічним органам організувати в сільсоцсекторі осередки здоровохорони, Наркомздоров'я УСРР надсилає тут зразкові положення про них. Інструкції про повсякденну практичну роботу цих осередків надішлемо окремо.

Наркомздоров'я **Канторовіч.**

Керівник сектора науки та побуту НКОЗУ **Ліфшиц.**

(Об. розп. НКОЗ ч. 436 — 13 — з 14 січня 1931 р.).

ПОЛОЖЕННЯ

про здоровосередки в соціялістичному секторі села

Осередки здоровохорони організуються в колгоспах (комунах і сільсько-господарських артілях), радгоспах і машиново-тракторних станціях.

1. Склад, структура й права здоровоосередків

1. Здоровоосередки організуються двох типів: перший тип здоровоосередку організується в комунах і сільсько-господарських артілях, другий — в рядгоспах і машиново-тракторних станціях.

2. Здоровоосередки при комунах та сільсько-господарських артілях складаються з члена правління комуни, артілі, членів комуни та членів артілей з розрахунку не менш як 1 : 100, представника партосередку, комсомолу, жінорганізації, всього медичного-санітарного та ветеринарно-санітарного персоналу, агронома, вчительства та Укр. Червоного хреста.

Примітка до § 2 Коли колгосп об'єднує декілька кущів (комун, артілей), то в кожному вибирається на загальному зібранні від 1 до 3 санітарних уповноважених, що входять до складу здоровоосередку.

3. До складу здоровоосередку при радгоспах і машиново-тракторних станціях входять: представник адміністрації, представник робіткома, партосередку, комсомола, жінорганізації, робітничий актив із розрахунку 1 : 100; ввесь медико-санітарний та ветеринарний персонал, агроном та вчительство.

Примітка до §§ 2 та 3. Якщо колектив має менш 300 осіб, то члени здоровоосередку вибираються кількістю не менш 3 осіб.

4. Здоровосередок виділяє із свого складу Президію в 5 осіб: голови, секретаря, скарбника та 2 членів.

Примітка. Бажано вводити до президії особу з медичного персоналу, яка виконуватиме, за можливістю, обов'язки секретаря.

5. Здоровоосередки вибираються терміном на один рік на загальних зібраннях радгоспів, колгоспів.

6. Засідання президії здоровоосередку відбуваються не менш двох разів на місяць. Пленум скликається не менш одного разу на місяць.

7. Президія здоровоосередку дає звіт перед загальним зібранням не менше одного разу на три місяці.

8. Здоровоосередки ведуть свою роботу в тісному контакті з культурно-побутовими комісіями при колгоспах, та під загальним керівництвом культурно-побутових секцій при сільрадах.

9. Здоровоосередки розпоряджуються сумами, які виділяють їм правління колгоспів та адміністрація радгоспів для оздоровчих заходів свого колективу.

10. Для цієї самої мети здоровоосередки можуть улаштовувати платні кіно, лекції, театральні вистави, щоб поповнювати свої кошти.

11. Здоровоосередки працюють за певним пляном, що його завчасно виробляють, за обов'язковою участю медико-санітарного персоналу.

12. Члени здоровоосередків мають право огляду всієї території, що входить до відання здоровоосередків, всіх житлових, склепових приміщень, помешкань живого та мертвого інвентаря, а також всіх місць громадського значення й користання, як от: хат-читалень клюбів, лазень, їдалень, шкіл, та інш.

13. До житлових та господарчих помешкань члени здоровоосередків мають право входу тільки вдень, а в помешкання громадського значення й увечері в час їх функціонування.

14. Члени здоровоосередків мають право давати в усній або писаній формі вимоги про усунення виявлених санітарних дефектів, надаючи для цього той або інший термін.

15. В разі невиконання санітарних вимог, порушників можна викликати на засідання президії та пленумів здоровоосередків для впливу на винуватців громадським порядком. В разі серйозного або злісного порушення санітарних правил, здоровоосередок повідомляє про це місцевий медично-санітарний догляд.

II. Завдання й охоплення роботи здоровоосередків

16. Основними завданнями здоровоосередків колгоспів та радгоспів є таке: 1) участь в справі поліпшення та наближення до населення медичної та санітарної допомоги, 2) участь в запровадженні громадським порядком заходів широкого оздоровлення та доброустрою напрямком поліпшення праці й побуту населення в умовах соціялістичного перебудування села на колективних засадах. 3) поточний санітарний догляд на терені колгоспів, радгоспів та машинотракторних станций

17. Для цього здоровоосередки:

а) розроблюють заходи до підвищення впорядкування території, що її займає даний залюднений пункт після попереднього санітарного обслідування стану водопостачання, смітника, засобу віддалення сухих і рідких покидів, цвинтарей, скотомогильників, різниць, зелених насаджень, шляхів та інш;

б) вживають заходів щодо будівництва нових лазень, пралень та впорядкування існуючих;

в) ведуть догляд санітарного стану житлів, з'ясовують ступінь забезпечення робітників і членів села, що колективізується, житлами, вишукує засоби задоволення тих, що потребують житлової площі, беруть участь в новому житловому соціялістично культурному будівництві;

г) поліпшують постановку справи харчування, беруть участь в розробці режимної норми харчування для різних груп робітників колгоспу та радгоспу, беруть участь в будівницві громадських пекарень, їдалень та інш, здійснюють догляд санітарного утримання їх та якости продуктів;

д) сприяють медперсоналові в справі вивчення санітарно-гігієнічних умов й вживають заходів до забезпечення працюючих від нещасних випадків за час роботи, особливо з машинами, а також беруть участь в установлюванні норм праці для різних груп робітників;

е) беруть участь в організації медсанперсоналом переведення санітарно-освітньої роботи серед робітників та колгоспників, серед підлітків та жінок, втягуючи їх самих до громадської роботи;

ж) встановлюють режим відпочинку, вводячи фізкультуру й втілюючи інші здорові начала в новий побут. Улаштовують фізкультурні та спортивні майданчики;

з) організують та беруть участь в переведенні антиалькогольної та антирелігійної пропаганди;

і) беруть участь в організації дитясел, майданчиків та дитсадків та сприяють організації в дитячих установах належних санітарних умов, а також сприяють медичній та виховній роботі в них;

к) піклуються про нове шкільне будівництво, про найліпше санітарне становище шкіл, організують гарячі сніданки, сприяють медперсоналові в переведенні медогляду школярів тощо;

л) сприяють медично-санітарному персоналу в організації й переведенні запобіжних щеплень так серед дитячого, як і серед дорослого населення;

м) допомагають своєчасно виявляти пошесних хворих, дбаючи про влаштування ізоляційних помешкань для тих, що захворіли, своєчасно вивозити пошесних хворих до найближчої лікувальної установи, слідкують за тим, щоб помешкання, де перебував пошесний хорий, дезінфекувалось;

н) організують гуртки навчання подання першої допомоги та самі пункти першої допомоги:

о) беруть участь у боротьбі із соціяльними захоруваннями на туберкульозу, трахому та інш.

18. Всю роботу здоровоосередки провадять у тісному контакті і під керівництвом медично-санітарного персоналу, тримаючи також тісний зв'язок із партійними, професійними та громадськими організаціями.

19. В своїй практичній роботі здоровоосередки керуються спеціяльними інструкціями до розвитку цього положення.

20. Щоб досягти найкращих наслідків роботи самодіяльности населення, здоровоосередок використовує методу соціялістичного змагання та ударництва підчас переведення оздоровних заходів, влаштовують показові суди, видають санітарні бюлетені тощо.

21. Члени здоровоосередків та уповноважені одержують від президії здоровоосередку мандати, на підставі яких переводять свою роботу.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч.**
Від Наркомземсправ **Бляу.**
Укрколгоспцентр **Стасюк.**
ВУК Сільгоспробітників **Пономаренко.**

29. НАКАЗ

Наркомздоров'я про обов'язковий відпуск лікарів, що їх обрано за аспірантів

Спостерігаються випадки, коли райздоровінспекції, медсанупри та інші зацікавлені установи не відпускають лікарів, яких обрани на аспірантів. Мотив цих відмовлень - відсутність заступника, можливість зриву робіт та інш. Знову цим підкреслюю всю важливість аспірантури в справі підготовки кадрів категорично пропоную ні в якому разі не затримувати лікарів, яких обрано на аспирантів. Всіх обраних лікарів пропонується негайно відпустити до місця проходження аспірантури.

Наркомздоров'я **Канторовіч.**
Член Колегії НКОЗУ — керівн. сектора кадрів **Туркельтауб.**

14 січня 1931 р.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Питання про медкадри на решту років п'ятирічки

(На засіданні Колегії НКОЗ з 2 січня 1931 року)

Доповідь, що її склав на колегії представник плянсектору (тов. Злотнік), містила в собі планові передбачення щодо медичних кадрів на решту років п'ятирічки.

Наводимо тут із доповіді найзначніші моменти.

Загальна потреба УСРР в лікарських кадрах становить на кінець п'ятирічки близько 26.500 чол., при чому розподіл за фахами передбачено такий:

	Разом	Місто	Село	Транспорт
1. Лікувальників . . .	21548 *)	7667	11880	1466
з них педіятрів . . .	4865	1704	2895	266
2 Лікарів ОЗДІІ . . .	1828	1027	579	222
3. „ санітар. . . .	1734	627	973	134
4. „ лябор торн. .	380	335	—	45
5. „ саносвітн. . .	450	110	300	40
6. „ судових . . .	348	58	290	—
7. „ адміністр. . .	200	160	—	40
Разом	26488	9984	14022	1947

*) Тут включено 535 лікарів для пунктів першої допомоги, що цих лікарів у дальших графах не зазначено.

Наші теперішні кадри на цей час становлять лише 13.514 чол. Останні 3 роки мед. ВИШ'і мають дати 2654 лікарів (разом із 300 екстернами з лікпомів). Отже, дефіцит на кінець п'ятирічки становитиме 10.500 лікарів.

Звичайно, ця цифра спонукує провести в справі розподілу лікарських кадрів сувору пляновість, так щодо правильнішого розподілу їх поміж містом і селом (пильно додержуючись постанови ЦК ВКП б), як і забезпечення окремих галузей охорони здоров'я. На перший плян висувається справа посилення темпу підготовки й перепідготовки та перекваліфікації медкадрів.

Промовець висловився за нормалізацію мережі, типів і штатів єдиного диспансеру залежно від находження їх в тому або іншому районі за ознакою соціяльно клясового складу його населення, питомої ваги району в економіці країни. Для цього треба розподілити міста на категорії, так само й райони, відокремивши в одну групу промрайони, райони з великими цукроварнями, радгоспами тощо, далі в другу групу — райони суцільної колективізації тощо.

Стосовно до такого розподілу передбачено встановити диспансери різних розрядів, причому найбільші матимуть центральний диспансерний відділок та низку периферійних

Штати: у центральному диспансері — 17 лікарів, по периферійних — по 3 лікарі

Диспансери 2 і 3 розряду матимуть відповідно по 10 і 7 лікарів. Спеціялізацію лікарів передбачено побудувати так, щоб було відбито всі основні фахи (педіятр, хірург, ортопед, фізіятр, очник, отіятр, рентґенолог, ОЗДП, санлікарі та інш.).

Зважаючи на те, що на здійснення встановлених норм не вистачатиме по диспансерах близько 3.800 лікарів, треба визнати за потрібне припустити сполучення посад до 40% всієї маси лікарів, а решту нестачі відшкодити через середове реґулювання кількости лікарів у містах, перевівши деяку частину лікарів із непромислових районів і міст до індустріяльних і напівпромислових.

Лікарів, що мають скінчити Мед. ВИШ'і протягом найближчих 3 років, напрямлюватиметься переважно в сільські райони; це становитиме близько 1.950 лікарів.

Потреба змінити форми підготовки та підвищення кваліфікації медперсоналу висувається надто гостро в зв'язку з неможливістю перепустити тільки через МедВИШ'і потрібні кадри.

Отже, плян передбачає утворити (не поряд дальшого збільшення кількости медінститутів) на базі наймідніших медично санітарних установ великих міст, курсів прискореної підготовки лікарів і середнього медперсоналу.

Дальшого розвинення потрібує робота інститутів медичних, наукових і удосконалення лікарів.

Проект передбачає далі забезпечити значне розвинення мережі пунктів першої допомоги, для яких забезпечується кадр нових лікарів — 535 чол. (для гірної промисловости — 335 чол., хемічної — 86 і металюрґійної — 114).

За проєктом передбачено віддати в програмах і самих дисциплінах належне місце санітарно-гігієнічним дисциплінам (комунально-житлова санітарія, харчова справа, соціяльна гігієна, особиста гігієна тощо), фізкультурі, антропологічним знанням та інш., що потрібно лікареві-диспансеризатору.

Відкриваючи дискусії Нарком Охорони Здоров'я т. Канторович закликає учасників засідання (їх було близько 65 чол.) висловлюватися не тільки в питаннях кадрів на решту років п'ятирічки, а в усьому питанні щодо медкадрів взагалі, щодо побудови справи медосвіти, кваліфікації тощо.

Дискусії (в них взяло участь 26 чол.) були дуже жваві. Особливо спинялися товариші на питанні щодо профіля лікаря, його фаху: чи варто готовити лікаря-вузького фахівця, чи, навпаки, — нашій медсанмережі потрібний лікар комплексник, що знався б на багатьох фахах. Чимало уваги приділено було в справі підготовки підвищення кваліфікації лікарів. Було висловлено багато дуже корисних пропозицій, скерованих на послаблення кризи медкадрів.

Наводимо тут деякі виступи.

Тов. Туркельтауб (чл колеґії НКОЗ). Висловився за можливе розвантаження лікарського персоналу від багатьох часто-густо зайвих і не властивих (а подекуди — почасті навіть і властивих) функцій, як от складання історій хвороб, ведення обліку фармацевтичних прописувань тощо.

Промовець обстоює ту думку, що для нижчого й середнього медперсоналу треба обов'язково створити конкретний стимул для підвищення їхньої кваліфікації будь то через наближення медзнос віти до них (викладання і практичні вправи в самій медзанустанові), або через призначення їм деяких стипендій додатково до основного заробітку. Відмовившись від колишнього пережитку, що медосвіта ніби то справа, так би мовити, аристократична, повинна належати тільки обраним особам, ми зможемо з нижчого та середнього медперсоналу виковати зовсім непоганих лікарів і лікпомів.

Тов. Ліфшиць Я. І. (кер. секг. науки НКОЗ) обстоює ту думку, що на перший плян висувається потреба забезпечити лікарськими кадрами промислові райони та село, що

дедалі більше колективізується, причому спеціялізацію їх треба визначити, насамперед, такими „дефіцитними" фахами, як лікарі ОЗД, санітарні лікарі, профілактики, харчовики, комунальники тощо.

Щодо саносвіти, то тут не треба забувати того, що цей фах, такий малочисленний тепер, повинен б ти збільшений всіма засобами, щоб кожний район мав стільки такого фаху лікарів, які б дійсно керували такою важливою суто провідною частиною оздоровної роботи.

Тов. Каган С. С (директор Дніпропетровського медінституту) висловився за те, щоб на чолі медустанов все більше настановлювати висуванців (пропустивши їх через відповідні курси) Треба далі подбати про те, щоб якнайточніше визначити ті посади, що їх треба заміщувати обов'язково лікарями, причому можливо, що тут пощастить теж виграти деяку кількість лікарів.

Далі т. Каган пропонує перетворити Дніпропетровський медінститут на інститут кадрів, що дбатиме також про підготовку середнього й молодшого персоналу.

Нарком Охорони Здоров'я т. Канторовіч зазначає, що в нас є величезні ресурси - бази, що на них можна будувати здійснення проблеми кадрів у значній мірі. Це наші значні лікарні, поліклініки та інш, що в них можна й треба підготовити багато медперсоналу.

Інститути удосконалення лікарів та всі наукові інститути повинні гнучкіше поставитись до підбору своїх слухачів-лікарів, що прагнуть підвищення кваліфікації, використовуючи для цього низову периферію (диспансери різних фахів, наприклад).

Тов. Музиченко (директор Київського медінституту) — вважає, що фах лікаря-саносвітника треба зліквідувати, бо саносвіта невідіймана частина діяльности всякого лікаря. Звичайно заміщувати посади керівників музеїв соц. гігієни, великих будинків саносвіти треба лікарями, що знаються добре на цій справі

Тов. Кушнір (нач. Укркурупру) – звертає пильну увагу на потребу подбати про кадри курортових лікарів, бо справа ця стає надто важливою у зв'язку з тим, що курорти все більше втягуються у функціонуванння протягом цілого року.

Тов. Лаврецький (директор Одеського медінституту) — обстоює потребу якнайточніше розмежувати функції та завдання інститутів удосконалення лікарів і медінститутів, давши першим завдання підготовлювати та підносити кваліфікацію лік. персоналу, а другим— підготовку так теоретичну, як і практичну

Тов. Габінов (директор Дніпр петровського інституті ОХМД) – згадує про те, що не можна ні в якій мірі зменшувати ролю наукових інститутів в справі підготовки фахівців бо минулий досвід довів, що молоді фахівці не гублять зв'язку з інститутом, що виховав їх.

Тов. Волковий (Одеса) — побоюється, що надто полегшена можливість набути вищої медосвіти поза ВИШ'ом може призвести до погіршення соціяльного складу лікарів.

Промовець приєднується до думки інших, що тепер саме потрібна велика диференціяція фахів лікарів.

Тов. Коган Б (директор Київського інституту удосконалення лікарів) — стоїть за підготовку лікарів за комплексними методами без зайвої вузької спеціялізації.

Висловлючись і собі теж за концентрацію в інститутах удосконалення лікарів роботи щодо перепідготовки саме лікарів, промовець відмежовується від проєкту надати інститутам обов'язки провадити перепідготовку середнього медперсоналу.

Проф. Рубашкін – пристає цілком на пропозицію т. Канторовіча та інших т. т. про використання лікустанов, яко бази для підготовки медперсоналу.

Проте, ця справа на думку промовця, вимагає завчасного вироблення точного рецепту запровадження такої важливої реформи медосвіти, особливо щодо ґрунтовного перегляду засад теоретичної підготовки медперсоналу, бо широке вживання практичної підготовки безперечно піде коштом теоретичного навчання.

Колеґія відмітила, що теперішній стан лікарських кадрів характеризується значним дефіцитом, якого неможна поповнити випусками нині існуючих медвишів, що спеціялізація кадрів теж не відповідає вимогам сучасного моменту та завданням організації здоровоохорони. До того ж розташування лікарських кадрів у територіяльному розрізі теж нераціональне, що є наслідком колишньої незадовільної пляновости в справі розподілу кадрів та розгортання мережі медустанов по окремих містах України.

Отже, визнаючи, що гостра нестача лікарів потрібує поруч максимального використання перепускної спроможности існуючих медвишів, колеґія ухвалила висунути нові форми підготовки та удосконалення лікарів та середнього й нижчого медперсоналу. Терміновим порядком опрацьовуєтьея питання про організацію на базі найміцніших медично-санітарних установ, насамперед міст Харкова, Одеси, Дніпропетровського прискореної підготовки лікарів і середнього медперсоналу (із шкільних лікпомів); проте, ні в якому разі не припускатиметься підготовки сурогатних кадрів.

Всю справу підготовки медперсоналу колеґія ухвалила централізувати по лінії мед-інститутів, що таким чином перетворюються в інститути підготовки медкадрів.

Визнаючи, що зростання соціялістичного будівництва саме створює сприятливі умови для санітарного доброустрою та оздоровлення країни, через що санітарна справа стає справою широких мас трудящих. Колегія визнала за потрібне, щоб, підготовлюючи санітарних лікарів, забезпечувалося їхню спеціялізацію в галузі комунальної, житлової та харчової санітарії. Водночас НКОЗ порушує питання про те, щоб до програми вищих технічних та педагогічних шкіл включалося викладання санітарно-гігієнічних дисциплін.

Надалі, справу пе есування лікарів із села до мі т провадитиметься пляновим порядком, причому висуватимуться лікарі, що певний час уже працювали на селі.

Наркомздоров'я саме тепер опрацьовує докладні програми та учбові пляни ВИШ'ів і медтехнікумів, максимально пристосовуючи їх (програми) до практичних завдань здоровоохорони. Ці програми мають бути за основний матеріял на визначення остаточного профілю лікарських фахів на найближчий період часу.

Зразкові штати для диспансерів орієнтовно передбачено такі:

Для диспансерів промислових міст 65 лікарів із розрахунку — 1 лікар на 460 жителів; у робселищах — 50 лікарів, або 1 лікар на 600 жителів; для напівпромислових міст — 44 лікарі, або 1 лікар на 700 жителів. Для решти міст передбачено на диспансер по 36 лікарів з розрахунку 1 лікар на 833 жителів.

2. Боротьба з епідеміями

(Із діяльности Надзвичайної Комісії при НКОЗ)

1. Посилення складу комісії

Надзвичайна Комісія в справі боротьби з епідеміями невпинно працює в НКОЗ. Завдяки завчасним заходам, більшому втілюванню на місцях запобіжних заходів — щеплень проти черевного тифу, шкарлятини та обкладу, ці пошесті, особливо черевний тиф, не набули минулої осени загрозливого розвитку й досить швидко виявили помітне зменшення.

Проте, випадки висипного тифу дали чимале збільшення: 1929 року по всій УСРР було 4412 випадків, а 1930 рік дав уже 5388 випадків — річ, звичайно, досить серйозна.

На одному з грудневих засідань Колеґії НКОЗ було ухвалено посилити склад Надзвичкому, яка працює тепер під безпосереднім головуванням Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча. Заступником Голови є Застнаркома т. Кустелян, а в складі членів є вся епідемічна група, члени колеґії НКОЗ т. т. Туркельтауб, Лінніченко, представники НКЮсту, ДПУ, НКПраці, ВРНГ, Військово-Санітарного Управління УВО та Головкомгоспу.

Засідання комісії провадяться майже щоденно.

2. Плян боротьби з паразитарними тифами на Україні

Плян, що його ухвалила комісія, містить у собі такі основні моменти (наводимо лише найголовніші).

1. Взявши за основну засаду самому керувати боротьбою з паразитарними тифами та надаючи їй ударний характер, — НКОЗ скеровує свою роботу напрямком якнайбільшого притягування громадськости та її контролі.

2. Матеріяльну базу боротьби з паразитарними тифами становлять кошти місцевого бюджету, фонду меддопомоги застрахованим, дотації з коштів НКОЗ, а також асигнувань промисловости, кооперації, самооподаткування та інш.

3. Директиви НКОЗ (їх вже надруковано в цьому й попередніх ч. ч. Бюлетеня — Ред.) містять у собі заходи щодо знищення вошивости, збільшення виробництва та доцільного розподілу й використання дезінфекційних камер, лазнево-прального обладнання, іншої дезапаратури тощо.

4. НКОЗ вживає потрібних заходів на посилення складу санепідперсоналу в небезпечних або загрозливих на епідемію районах (за постановою колеґії з 17-XII 1930 р. мобілізується додатково понад 100 кваліфікованих лікарів, яких відряджується на місця, де трапляються випадки висипного тифу, а резерв, складений по районах становитиме 20 лікарів і 40 середнього медперсоналу. — Ред).

5. РВК і міськради організують або відновлюють роботу місцевих Надзвичайних Комісій по боротьбі з епідеміями, що працюють за власним пляном на підставі наявних відомостей щодо стану захворувань у відповідному місті або районі.

6. За мінімум заходів, що їх треба обов'язково забезпечити в епідемічних районах, колеґія визнала такі:

а) обов'язкове існування санорганізацій — санлікаря, його помічника, дезінфектора й вакцинатора. Для районів і міст Донбасу санорганізація складається за директивами РНК УСРР з 3 квітня 1930 р. (див. бюлетень НКОЗ ч. 9 за 1930 р. та „Збірник Розпоряджень в справі охорони здоров'я" 1929-30 р.—Ред.).

Колишні окрміста та решта міст мусять мати міську санорганізацію з відповідним штатом;

б) у кожному районі, якому загрожує епідемія, повинні бути 1-2 лазнево-пральні деззагони для санобробки населенню;

в) беруться на облік всі лазні, душі, причому за доглядом Надзвичкому забезпечується правильне їх функціонування;

г) РВК та міськради організують догляд і боротьбу з вошивістю серед прибулих, а також організованого старшого дитинства (школярів).

7. Визначаючи за дуже важливий момент ранню діяґностику, місцям покладено за обов'язок налагодити в санітарних, бактеріологічних і клінічних ляборaторіях запровадження реакції Вайль-Фелікса.

8. За безперечний захід, що його треба виконувати на 100% — це цілковита шпіталізація всіх хворих на паризатрині тифи, причому на потрібні випадки дозволяється використовувати, крім інфекційних ліжок ще і загальні.

9. Реченець, протягом якого треба утримувати хворих на тифи в лікарні — 14 днів для хворих на висипний і 17 днів на поворотній тифи (останній термін за вживання методи провокації можна скорочувати)

10. Щодо транспорту, то тут поряд 100% шпіталізації захворілих на висипний тиф та вживання тих самих заходів, що й по районах, де загрожує або виникла епідемія, ще покладено на транспортну медсанорганізацію провести санмінімум на вузлових пунктах (душеві установки для поїзних бриґад, точне курсування вагонів-дезкамер та інш.).

Багато директив і практичних пропозицій склав НКОЗ іншим секторам, як пляновому, науки, ВАУ (останньому — щодо забезпечення потрібного запасу деззасобів та дезапаратури).

3. Клопотання й заходи у вищих урядових органах

У своїй роботі Надзвичайній Комісії довелося стикнутися з потребою обстоювати у вищих урядових органах запровадження низки енергійних заходів, щоб спонукати установи й підприємства ретельно й пильно здійснювати чинні узаконення і розпорядження щодо оздоровних і протиепідемічних заходів Поряд цього працюють ударні бриґади НКОЗ в справі мобілізації коштів на ці саме потреби Ред.).

Результатом клопотань і настоювань НКОЗ були розпорядження РНК до низки відомств. як от:

а) Заступник Голови РНК т. Д. І. Петровський в листі до провідних органів промисловости енергійно зауважує недозволене ставлення багатьох об'єднань до таких найважливих постанов, як „про матеріяльну участь промисловости в протиепідемічних заходах" (пост. ВУЦВК'у та РНК УСРР з 20 березня 1929 р.), „про участь промпідприємств у медично-санітарному будівництві".

т. Петровський зазначив, наприклад, що „Вугілля" в своїх плянах на 1931 р. не накреслив будь яких заходів оздоровного чину щодо ясельного та іншого медсанбудівництва.

б) т. Петровський звернувся до всіх райвиконкомів і міських рад із пропозицією дійсно зосередити увагу на питаннях оздоровної та епідемічної роботи. Зазначаючи велику важливість запровадження заходів протиепідемічного чину, — РНК рішуче вимагає забезпечення ліксанмережі ремаментом, паливом і продуктами харчування для хворих за нормами Наркомпостачання.

Та сама директива згадує про потрібні заходи щодо поліпшення умов праці й побуту медичного персоналу в розумінні надання житла, комунальних послуг, постачання продуктів, видачі палива та інш.

в) Надзвичайна Комісія в своїй доповідній записці на адресу РНК відзначила, що наряди на бавовняний крам, потрібний на постачання медсанустанов білизною натільною і постільною становлять не більше 60% потрібної кількости, а щодо вовняного краму (ковдр) — не більше 40%.

НКОЗ звернув увагу РНК на те, що й асортимент краму (замалий відсоток білизняного) теж утруднює справу належного й своєчасного постачання лікустанов.

На підставі зазначених даних, НКОЗ зняв клопотання про поліпшення асортименту крамів, що відпускається лікустановам.

г) Надзвичайна Комісія звернулась до Голови РНК із клопотанням, щоб медробітників, (зокрема тих, що працюють у промцентрах, на селі та інш.) щодо постачання харчпродуктами й промкраму було дорівнено до першої категорії (робітників), а в усякому разі, щоб постачання медперсоналу не було гіршим ніж як для вчителів.

д) Окремі клопотання зняла Надзвичайна Комісія перед вищими урядовими органами про відпуск матеріялів на виробництво лазнево-пральневих установ, кількістю до 600 штук з тим, щоб протягом першого кварталу 1931 року відповідні підприємства ВРНГ виконали не менш 60% всього замовлення. На це клопотання РНК запропонував ВРНГ забезпечити потрібними матеріялами будівництво лазнево-пральних загонів.

е) Так само на клопотання Наркомздоров'я про відпуск 8.000 ліжок на кінець 1930 р. і на першу половину 1931 року Заст Голови РНК т Петровський запропонував голові ВРНГ вжити заходів, щоб забезпечити установи охорони здоров'я потрібною кількістю ліжок та спецодягом.

ж) Наркомздоров'я повідомив Голову РНК про надзвичайно кепський стан, в якому опинилися медусанстанови через недостатнє постачання їх паливом. Наркомздоров'я зазначив, що скорочені наряди на паливо фактично виконуються „Вуглеснабом" тільки на 40 — 45%. На це клопотання Заст. Голови РНК т. Д. І. Петровський запропонував ВРНГ звернути найсерйознішу увагу на постачання лікарень паливом.

з) На доповідну записку НКОЗ про відпуск додаткових кредитів на боротьбу з епідемією висипного тифу, РНК запропонував Наркомфінові видати в рахунок централізованого епідфонду 100.000 крб.

4. Деякі оперативні заходи й наслідки

Швидкі заходи, що їх було вжито розпорядженням Надзвичайної Комісії та медробітниками Тракторобуду, (біля Харкова, де спостережено було найбільше випадків висипного тифу) вогнище епідемії тут ліквідовано, спеціяльного лікаря, що його було настановлено для нагляду за боротьбою з епідемією на Тракторобуді та підсилення заходів боротьби нині за ліквідацією епідемічного вогнища відкликано.

У справі мобілізації коштів на здоровоохорончі потреби провадиться робота за допомогою ударних бриґад, які мають за обов'язок докладно виявити, в якій мірі виконують (або виконали) установи свої зобов'язання щодо асиґнування належних коштів на медично-санітарне будівництво на боротьбу з пошесними захворуваннями тощо. Роботу ще не закінчено, але підчас її запровадження виявлено силу випадків недбалаги й неуважливого ставлення до неї від керівників торговельних, промислових і громадських установ.

Виявили, наприклад, що подекуди не „встигли" ознайомитись із зобов'язаннями, що поклала на установи директива ВУЦВК'у та РНК УСРР „Про заходи оздоровлення та колективізації дитячого побуту" (за цим законом передбачено певні відтоткові нарахування або відрахування на користь дитячих установ — Ред.), в інших місцях нічого не зроблено, щоб асиґнувати гроші на будівництво, на влаштування приміщень для інфекційних бараків тощо.

На підставі виявленого НКОЗ вживає потрібних заходів до кожної установи та підприємства (через урядові органи та промислові об'єднання).

За розпорядженням РНК УСРР утворено спец. комісію для детального розслідування всіх порушень і зриву фінансових асиґнувань промисловости на охорону здоров'я.

За останніми повідомленнями, по лінії „Сталі" асиґновано на 1931 рік на будівництво ясел 375.000 крб., на лазні 100.000 крб., на пральні 250.000 крб., на протиепідемічні заходи 800 000 крб. і 1.000 000 крб. на лікарняне будівництво, разом 2.825.000 крб.

НКОЗ визнав цю суму за недостатню і підтримує домагання „Сталі", щоб загальна сума асиґнувань на здоровоохорону була не менш 4.600.000 крб.

На суто-протиепідемічну роботу „Сталь" відпустила 300.000 крб.

Вукосоюзкаса асиґнувала в розпорядження НКЗдоров'я 40.000 крб. на протиепідемічні потреби.

Довідавшись про бездіяльність УКРМЕТО в справі підсилення протиепідемічної роботи постачанням дезкамерами та лазньо-пральними загонами, колегія ухвалила передати вібрані матеріяли до ДПУ, щоб було до відповідних осіб, що керують цією справою на Маріупільському метзаводі, вжито потрібних заходів.

5. Із наслідків обслідування епідемічного стану районів

Після викриття недозволеного ставлення Охтирського РВК'у до справи боротьби з епідемією висипного тифу (див. бюлетень НКОЗ № 23-24 1930 р.) з доручення Надзвичайної Комісії проведено обслідування Краснопільського району, де теж збільшилися захворування на висипний тиф.

І тут теж виявлено, що райвиконком не приділяє потрібної уваги справі боротьби з висипним тифом. До окремих медробітників, що недбайливо або байдуже поставилися до боротьби з пошестю довелося вжити каральних заходів:

а) Санлікаря гр-на Драбкіна знято з посади та притягнено до суду.

б) Лікареві Краснопільської лікарні гр-ну Янкелевічу Надзвичайна Комісія висловила сувору догану за недбайливе ставлення до обов'язків (за наявністю дезінфекційних засобів і мила — хворих було знайдено завошивленими).

На час епідемічної небезпеки до Краснопільського району відряджено двох додаткових лікарів.

3. Колеґія НКОЗУ — шеф комуни імени тов. Сталіна

За постановою Колеґії взято шефство надкомуною імени тов Сталіна, розташованою в Чугуївському районі. З доручення колеґії комісія з трьох співробітників Наркомздоров'я

відвідувала комуну, де доглядно ознайомилася з господарчим, санітарним та культурним станом комуни, причому виявила багато моментів, що вимагають негайного поліпшення або перетворення.

Нині Колеґія роздробила плян допомоги підшефної комуни в справі налагодження систематичної консультації в справах піднесення санітарного стану комуни, вжито потрібних заходів на поліпшення стану дитячих ясел на 57 дітей, що є в комуні. Медичному персоналу сусіднього села Веденського доручено частіше відвідувати комуну, дбаючи про постановку там санітарної освіти, порад звичайного медичного освідування та надання лікувально-профілактичної допомоги участникам Комуни.

4. Про статут швидкої допомоги

Нещодавно колеґія Наркомздоров'я обговорювала проєкт статуту швидкої допомоги. Цей статут має з'ясувати всі непорозуміння, що траплялися в багатьох місцях, в цій галузі, коли на місцях не було з'ясовано, на які саме випадки дозволяється викликати карету швидкої допомоги.

Через те траплялися випадки, коли ш. д. надзвичайно перевантажували, що за браком потрібного транспорту, утворювало тяжкі умови для роботи станції. Затверджений тепер колеґією статут передбачає багато норм, якто: норми самого санітарного транспорту, норми побудови станції, розташування приміщень й т. інш.

Колеґія Наркомздоров'я знімає клопотання перед відповідними органами про відпуск належного автомобільного транспорту, потрібного на зміцнення ш. д., насамперед в промислових великих районах, великих містах тощо.

Зважаючи на те, що справи організації нічних вартувань ш. д. на підприємствах, а також в великих містах надається надзвичайно велике значіння, колеґія доручила медично-санітарному секторові приділити цій справі особливу увагу.

Із змін, що колеґія внесла в статуті, треба відмітити такі: не чекаючи на заповнення норм транспорту автомашинами, місцям дозволяється в разі відсутности автомашин використовувати для ш. д. кінну тягу.

Далі, зважаючи на відсутність ізольованих приміщень, статут тимчасово дозволяє розміщати станції ш. д. також в інших приміщеннях, що навіть не відповідають типовим нормам, розробленим Наркомздоров'я.

5. Сувора догана за недбайливе ставлення до виконання директив вищих органів

Інспекторам охорони здоров'я районів Мар'їнського, Дмитрівського, Горлівського, Попаснянського, Краснолуцького, Гришинського, Чистяківського й Костянтинівського за недбале ставлення до роботи: неподання відомостей про стан медобслуговування на підприємствах, що перейшли на 7 год. робітний день, — колеґія Наркомздоров'я висловила сувору догану із занесенням її до трудового списку.

НКЗдоров'я звернувся до НКЮсту з клопотанням, щоб згаданих райздоровінспекторів було притягнено до відповідальности за невиконання директив ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян.

6. На вшанування пам'яти проф. Руднього

Колеґія НКОЗУ шануючи пам'ять небіжчика проф. М. Ф. Руднього, ухвалила назвати його ім'ям клінічний відділ Дніпропетровського інституту охорони материнства й дитинства.

У Наркомсоцзабезі порушено клопотання про те, щоб родині проф. Руднього було призначено персональну пенсію.

IV. Хроніка

1. У Наркомздоров'ї РСФСРР

1. Нарада в справах медобслуговування радгоспів і колгоспів

Всеросійська нарада в цій справі, що відбулася в Москві 10 — 13 грудня м. р. притягла близько 200 делегатів з усіх країн РСФРР. Було запрошено також представників НКОЗ УСРР.

Нарада заслухала такі доповіді:

а) Підсумки і перспективи медобслуговування радгоспів і колгоспів (Нарком охор. здоров'я т. Владимірський).

б) Досвід роботи медбригад на селі.

в) Організація меддопомоги в полі підчас сезонних польових робіт по колгоспах, радгоспах і МТС.

г) Заходи в справі оздоровлення праці й побуту колгоспниць і робітниць радгоспів.
д) Про притягнення суспільности до будівництва охорони здоров'я на селі та інш.

Дискусії на доповіді були дуже цікаві. Більшість делегатів відзначила великі дефекти в справі меддопомоги колгоспам, чималі прогріхи і в роботі медбригад, що приїжджаючи на місця, не вважали за потрібне встановлювати щільний зв'язок із місцевим дільничним медперсоналом. Бригадну роботу треба надалі заздалегідь опрацювати, склавши конкретний плян її запровадження.

Усі виступи яскраво довели, що в справі посилення уваги до соціялістичного сектора є величезне зрушення: хоч є досягнення, але водночас органи охорони здоров'я в цій справі ще й досі продовжують вишукувати потрібних раціональних шляхів справжнього обслуговування соц. сектора села.

Чималої уваги набуло собі питання забезпечення села медкадрами.

2. Із підсумків курортової наради

Нарад керівників курортів загальне державного значення відбулася під ознакою ґрунтовної зміни діяльности курортних трестів у розумінні надання їм чіткого лікувально-профілактичного напрямку й різкого поліпшення якости медобслуговування.

Хоча щодо соц. складу хорих є позитивні зрушення, проте, директиви про надання 50—55% місць робітникам не виконано (1930 р. робітники становили 39,2% загальної кількости курхорих замісць 22,5% що були 1929 року).

Нарада ухвалила розширити кількість курортових бюр, максимально наблизити інформацію про курорти та порядок придбання місць і ліжок безпосередньо для фабрик і заводів (термін кредитування на місця здовжено до 12 міс.).

Щоб посилити робітничий контроль над роботою куртрестів, цього року відряджуватимуться на місця роб. бригади. Плян 1931 р.

3. Нарада керівників ін-тів харчування

Нараду було скликано, щоб погодити програми робіт різних інститутів та встановити форми організаційного зв'язку між ними.

Обговоривши плян роботи різних інститутів, нарада розподілила між ін-тами теми в такий спосіб, щоб протягом 1931 року можна було наявними силами ін-тів виконати найістотніші завдання, що є тепер перед ін-тами.

Ось деякі з основних питань до речі, нарада визнала за потрібне, щоб усі ін-ти харчування провадили роботу щодо норм харчування робітників провідних галузей промисловости (металістів, гірників, будівельників, робітників радгоспів і колгоспів тощо). Дальшу нараду передбачено скликати в Харкові в лютому — березні 1931 року.

4. Профвідбір і профконсультація в наступному наборі до шкіл ФЗУ

У лютому 1931 року до шкіл ФЗУ буде прийнято близько 120.000 робітничих підлітків.

НКОЗ запропонував здороввідділам подбати про те, щоб усіх підлітків найголовніших промислових центрів було переведено через цілковитий профвідбір або профконсультацію.

V. Об'яви та оголошення

1. Український Науковий Інститут Охорони Здоров'я Дітей та Підлітків у м. Києві оголошує до загального відому установ і організацій, а також Районових Інспекторів охорони здоров'я, що в зв'язку з ліквідацією округ інститут переходить на безпосереднє інструктивно-методичне обслуговування районів в справах охорони здоров'я дітей та підлітків.

Зокрема інститут переводить:

1. Консультації в справі будівництва та організації установ ОЗДП, нормалізації їх матеріяльного оточення (устаткування майстерень, парта, прибирання приміщення тощо), обліку праці й переведення літніх та зимових оздоровчих заходів серед дітей.
2. Інструктивно-методичні вказівки, щодо методики агітації та пропаганди санітарної культури й санпедагогічної роботи в дитячих установах різних типів, а також з методики переведення фізкультури, лікарського контролю та корегувальної гімнастики.
3. Поради щодо праці лікарів ОЗДП, ФЗУ по всіх галузях їхньої діяльности, включаючи питання дитячого харчування (гарячі сніданки в школах), боротьби з епідемічними захворуваннями серед школярів, соматометричних, соматоскопічних та педолого-психоневрологічних досліджень дітей.
4. Методичні вказівки для окремих кабінетів диспансерів ОЗДП про обстеження побуту та праці дітей і підлітків.

5. Поради в справі професійної орієнтації дітей, педологізації та гігієнізації політехнічного виховання.

Крім того, інститут подає рекомендовані списки літератури для лікарів ОЗДП, ФЗУ в справі самоперепідготовки та підвищення кваліфікації.

Консультації та інструктивно методичні вказівки подаються так в самому інституті, як і через листування.

Всі запитання просимо направляти на адресу: м. Київ, Б.-Шевченка 8, Інститут ОЗДП.

Директор Інституту **А. Бандурівський.**

2. Із оперативного пляну Харківського Інституту вдосконалення лікарів на 1930-31 навч. рік.

А. Курси підвищення кваліфікації: *Б. Курси підготовки:*

	Тривалість	Заняття починаються		Тривалість	Заняття починаються
1. Ділянкових лікарів (амбул. і стац.) . . .	5 м.	1 лютого	1. Лікарів дієтетиків терапевт., стаціонар., або амбул. не менш 2 річного стажу	3 м.	20 січня
2. Лікарів охматдиту .	3 м.	1 квітня	2. Промислово-санітарних лікарів	4 м.	1 березня
3. Психіятрів	2 м.	1 травня	3. Житлово-санітарних лікарів	4 м.	2 березня
4. Невропатологів . . .	2 м.	1 травня	4. Ляборантів бактеріологів	4 м.	1 березня
5. Отолярінгологів . . .	2 м.	1 травня	5. Судових медиків . .	4 м.	1 березня
6. Туберкульозн. . . .	2 м.	1 травня	6. Фізкультурників . .	2 м.	1 березня
			7. Ортопедів-травматологів (з хірург. стаціонарів і поліклінік)	2 м.	1 лютого

Увага: Строки початку занять орієнтовні. На кожного кандидата треба заздалегідь надіслати до інституту анкету. Виїжджати до Харкова треба лише за спеціяльним викликом інституту. Курсантів забезпечується стипендією і гуртожитком.

Директор Інституту **Кіров.**

3. Конкурс.

Харківський медичний інститут оголошує конкурс на такі вільн посади:

1. Одного штатного професора неорганічної, аналітичної та фізичної хемії.
2. Одного штатного доцента органічної хемії.
3. Двох штатних асистентів неорганічної та аналітичної хемії.

Термін конкурсу до 15 лютого 1931 р.

Заяви про бажання взяти участь в конкурсі треба подавати до медичн. інституту вул. К. Лібкнехта 41.

До заяви треба додати короткий життєпис, наукові праці та відповідні документи про службу та громадську роботу.

4. Виключаються із списку дезертирів.

1. Лікарка Кисельова Л. Г., про яку НКОЗ дістав відомості від Савинського РЗІ, що вона приступила до роботи.
2. Лікарка Красовська — Кузьменко, бо НКОЗ дозволив їй залишитися на роботі в Шепетівському районі.
3. Лікарі Волинський і Диссон, яким розпорядженням НКЗдоров'я дозволено залишитися на роботі в м. Витебську.
4. Лікарка Кисленко Д. І., що за повідомленням Петриківського РВК'у повернулася на місце колишньої роботи.

5. Привітання Наркомздоров'ю.

I. Підшефна НКОЗ військова частина прикордонних військ ДПУ на привітання НКОЗ в день роковин заснування військ прикордонної охорони, відповіла таким привітанням:

Пролетарському шефові нашого прикордонного загону — Народньому Комісаріяту Охорони Народнього Здоров'я УСРР у день тринадцятих роковин ВЧК ОДПУ та десятиріччя прикордонної охорони висловлюємо наш палкий, чекистський привіт.

Завжди готові до боротьби за справу диктатури пролетаріяту, непереможні загони та органи ЧК – ДПУ і прикордонної охорони, святкуючи свої роковини із погордою заявляють: завдання, що поклала на нас партія і робітнича кляса, ми виконуємо з честю.

Так само з ентузіязмом за вашою безпосередньою допомогою та турботою про нас, ми й далі боротимемося за справу пролетарської революції. Наш зв'язок з вами — це частина великого комуністичного союзу бойових сил пролетарської революції із трудящими Радянського Союзу. Це є показник нашої єдиної волі боротися за радянську країну під керівництво комуністичної партії. Ми й надалі, борючись за незламність радянських кордонів вкупі з вами крок за кроком зміцнюючи країну соціялізму, що будується, будемо напоготові до переможного вдару проти всіх контрреволюційних сил, що намагаються стати на перешкоді нашій великій справі.

Хай живе єднання бойових сил робітничої кляси СРСР зі всіма трудящими масами!
Хай живе комуністична партія — вірний проводир соціялістичного будівництва!
Хай живуть сталеві лави бійців-чекистів!
Хай живе пролетарський шеф — Наркомздоров'я УСРР!

20 грудня 1930 р.

II. У день відкриття районової поліклініки, Радянська суспільність села Семенівки спільно з медробітниками всього району, вітають Наркомздоров'я і запевнюють, що прапор здоровоохорони триматимемо високо й міцно.

Президія урочистих зборів

8 листопада 1930 р.

III. У день відкриття гігієнічної консультації у м. Миколаєві вітаємо Наркомздоров'я та його саносвітробітників, що взяли активну участь у справі організації та відкриття ще одного профілактичного вогнища на Україні.

Гігієнічну консультацію, що ставить за своє основне завдання оздоровити умови праці та сприяти колективізації побуту, місцеві робітничі організації щиро підтримують.

Усвідомивши, що легше попереджувати хворобу, аніж лікувати її, ми вважаємо, що лише ліквідувавши саннеписьменність, можна збільшити продукційність праці та виконати накреслені від робітничої кляси пляни соціялістичного будівництва країни.

Хай живе радянська клясова медицина та її керівник — Наркомздоров'я!

м. Миколаїв, листопад 1930 року.

III. Загальні збори села Костянтинівки Турбівського району на доповідь тов. Гольденберга вітають в особі Наркомздоров'я уряд, що дбає за оздоровлення дитячого населення. Наступному складові сільрад ми дамо людей, що працюватимуть на користь соціялістичної країни й дбатимуть про оздоровлення дитинства.

Хай живе радянська медицина!

Голова зборів Мілько.

Секретар Поліщук.

Телеграма з м. Турбова 1 січня 1931 р.

Реферативне бюро при Української Державної Медичної Бібліотеці

№ 1. Січень 1931 р.

Редагує цю частину чл. реф. Бюра Трахтман Л. Б.

Охорона здоров'я за кордоном.

I. З'їзди, конґреси, виставки, товариства.

Повторення Дрезденської виставки.

На підставі багатьох запитань з наукових кіл німецьких та чужоземних експонентів та відвідувачів міжнародньої виставки гігієни в Дрездені 1930 року, — Президія вирішила повторити виставку в Дрездені в період між 15 травня та 30 вересня 1931 року; експонати залишаються ті самі, що й раніше. Таке вирішення виникло на ґрунті зростання кількости відвідувань, а також думки, що широкі кола зможуть добре ознайомитися та оцінити багатий матеріял виставки лише за повторення її.

Знов буде відкрито також відділ „Гігієни праці та профгігієни", що його спільно організували німецьке товариство проф. гігієни та німецький музей гігієни. Питання про перетворення цього відділу на пересувну виставку буде вирішено після закриття Дрезденської виставки 1931 року.

Міжнародня асоціяція фізіо-терапевтів.

На V-му Інтернаціональному конґресі фізіотерапевтів, що відбувся у вересні м. р. в Леżі засновано постійну інтернаціональну організацію для зв'язку між фізіо-терапевтами всього світу.

На цьому конґресі були присутні представники таких держав: Угорщини, Німеччини, Румунії, Франції, Італії, Голяндії, Португалії, Арґентини, Еспанії, Бразилії, Греції, Польщі, Данії, Швеції й Бельгії.

Нова асоціяція фізіо-терепевтів має на меті:

1) організувати пропаганду фізіо-терапевтичних метод,
2) сприяти науковим дослідженням,
3) провадити міжнародні анкети,
4) пропагувати викладання фізіо-терапевтичних метод,
5) регулярно організувати конґреси,
6) боротися з шахрайством в медицині,
7) встановити контакт з різними закордонними медичними товариствами та установами.

Конґреси товариства скликатимуться кожні 3 роки. Наступний інтернаціональний конґрес відбудеться в Америці або Швайцарії.

На голову асоціяції обрано проф. Günzburg'а (Бельгія), заст. голови: професори Grober (Германія), Carnot (Франція) та інш. Секретар асоціяції D-r Dubois Trépagne (Бельгія).

Резиденція асоціяції в Бельгії.

II-й Інтернаціональний шпітальний конгрес відбудеться 8—13 червня 1931 року в Відні.

Порядок денний (доповіді й реферати):

М. Дистель (Гамбург). — Ціна будівництва лікарень.
Рейман (Женева) — Роля сестри в лікарнях.
Д-р Вірт (Франкфурт). — Термінологія лікарень.
„ Гарпер (Англія). — Шпітальне законодавство.
„ Вортман. — Підсобні відділи лікарень.
„ Гуашон (Франція). — Скільки коштує один день шпіталізації.
„ Корвин (Нью-Йорк). Консультація.
Проф. Норден (Відень). — Харчування хворих.
Д-р Альтер (Дюссельдорф). — Вплив страхування на практику лікарень. Місце неврології та психіятрії в загальній лікарні.

Грошовий внесок для участи в конґресі становить 125 франків, що дає право на одержання всіх видань конґресу.

Члени конґресу відвідають поперше лікарні Англії, Данії та Німеччини.

Одночасно з конґресом улаштовується інтернаціональна наукова та комерційна виставка в справі лікарняного будівництва.

Запис прийматиме д-р Tandler проф. університету та зав. відділу гігієни міста Wien I. Rathausstr. 9.

I конґрес інтернаціонального товариства ортопедичної хірургії відбувся 2—4 жовтня в Паризі за головуванням Robert jones'a (Ліверпуль).

Наступний конґрес намічено в 1933 р. в Лондоні за головуванням Noré Icsserand (Ліон).

Порядок денний.

1. Механізм суглобового руху.
2. Лікування туберкульозного окситу.

Доповідачі V. Baeyer (Гайдельберг), Sorrel (Париж).

III інтернаціональний конґрес радіології відбудеться в Парижі 27—31 липня 1931 року. Він розподілятиметься на 6 секцій:

1. Радіофізика.
2. Радіологія.
3. Рентґендіягностика.
4. Терапія (промінням Рентґена та Кюрі).
5. Медична еле трологія.
6. Натуральна та штучна геліотерапія.

Заяви на доповіді приймається з 1 січня 1931 року. Останній термін подачі рефератів — 1 квітня 1931 року.

Адреса Paris VIII Rue de la Boétie, 122.

4—7 серпня ц. р. в Копенгагені відбувся **конґрес інтернаціонального товариства боротьби з венеричними хворобами.**

1931 року конґрес товариства має відбутися в Лондоні в липні місяці, 1932 року в Чікаго, а 1933 р. в Берліні.

VI інтернаціональний конґрес військової медицини та фармації відбудеться 1—7 червня 1931 року в Гаазі.

Порядок денний:

1. Поповнення та удосконалення військових лікарів та фармацевтів. Доповідачі: Голяндія, Юго-Славія.
2. Психоневрологія — наслідок війни і ранній та пізній вплив війни на нервову систему бійців і тих, що не беруть участи в бою. Доповідачі: Франція, ПАСШ.
3. Засоби гемостазії підчас бою. Уніфікація матеріялу першої допомоги та його пристосування. Доповідачі: Нідерланди, Італія.
4. Виготування та переховування лікувальних ампул, що вживаються в системі охорони здоров'я армії та фльоти. Доповідачі: Румунія, Нідерланди.
5. Наслідки травматизму (на війні) зубів та нижньої щелепи. Їх лікування. Доповідачі — Польща, Нідерланди.

Комітет конґресу одночасно організує також історичну виставку військової санітарії армії, морської та повітряної фльоти.

Експонати: гравюри, документи, інструменти, матеріял, одяг санітарних робітників, тощо.

Запрошується всі держави взяти участь у виставці з надісланням матеріялів.

Довідки можна одержати в Сан. управлінні військового міністерства — Гаага. La direction du service de Santé, (Ministère de la Guerre, La Haye (Pays—Bas).

II інтернаціональний конґрес неврології відбудеться в Берні 31 серпня — 4 вересня 1931 року.

Порядок денний: 1) діяґностичні та терапевтичні методи в випадках опуху мозку; 2) анатомія, фізіологія й патологія тонуса м'язів; 3) гострі, не гнійні інфекції нервової системи: 4) роля травматизму в етіології нервових симптомів.

Протитуберкульозний інтернаціональний конґрес відбудеться 1932 року в Голяндії.

Проф. Askanazy (Женева) організує **інтернаціональне товариство географічної патологічної анатомії.** Перше засідання цього т-ва відбудеться 1931 року в Женеві.

Інтернаціональне товариство боротьби з трахомою, що його організовано за ініціятивою Офтальмологічного конґресу 1929 року в Амстердамі, остаточно зформовано в серпні б. р. і має резиденцію в Женеві (Швайцарія).

За голову т-во обрано (на майбутні 5 років) D-r Emile Grosz проф. офтальмології в Будапешті. Окрему увагу т-во плянує звернути на дружні зносини міжнародніх його членів.

IV конґрес інтернаціональної ліґи сексуальних реформ відбувся в вересні м. р. в Відні. V-й конґрес ліги відбудеться за 18 місяців в СРСР, а VI-й в вересні 1933 р. — в Парижі.

II. Наукові інститути.

1. В червні минулого року в м. Локарно (Італія) відбулося офіційне відкриття европейського відділу установи „Томаркин“ (Tomarkin Foundation), що було засновано 1927 р. в ПАСШ. Установа має за мету сприяти науковим дослідженням в галузі експериментальної терапії та прикладної медицини. Американський відділ до цього часу переважно провадив дослідження в царині експериментальної та клінічної туберкульози.

При европейському відділі буде відкрито інститут експериментальної терапії, де розроблятимуть актуальні питання практичної медицини. Для цього при інституті буде організовано інтернаціональну раду вчених-кореспондентів. Крім того, при інституті буде відкрито навчальну установу для удосконалення.

2. На річному засіданні правління радіологічного інституту в Манчестері викрито занадто несприятливі умови лікування. Хворим доводиться декілька місяців чекати на свою чергу на лікування і за цей час багато хворих вмирає. 1929 року було зареєстровано 1257 хворих, з них одержало лікування лише 724. Нарада дійшла висновку про потребу збільшити кількість радія, збільшити матеріяльні засоби інституту та поліпшити саму організацію справи.

Інститут пістряку (карцинома) в Буфало здобув асигнування 300.000 дол. на придбання радія. Цей інститут володіє 5735 мг. радія і в цьому він є найбагатіший в світі.

27 травня 1930 року в м. Гейдельберг відкрито інститут медичних досліджень.

Завдання інституту — досліджувати нормальні та патологічні умови життя в зв'язку з хемією, фізикою та фізіологією. Інститут має 4 відділи: відділ патології (зав. Krehl) відділ фізики (Prof Hausser) відділ фізіології (Prot. Meyerhoff) та відділ хемії (Prot Kuhn).

Надалі передбачається відкрити відділ дослідження яєчного білку.

При ґінекологічній клініці Единбурзького університету відкрито дослідний кабінет ранньої діяґностики вагітности за Aschheim-Zondek. Кабінетом можуть користуватися всі лікарі. Велика кількість осіб, що звертаються до цього кабінету, свідчить про те, що в ньому відчувається потреба.

III. Організація охорони здоров'я й законодавство.

В фінляндському парляменті 7 листопада 1929 року після 10 годин дебатів відхилено 120 голосами проти 70 проєкт обов'язкового страхування хворих. В Бельгії аналогічний проєкт також не зустрічає сприятливого ґрунту. Бельгійський міністр праці Heymann спеціяльно їздив до Ельзасу, щоб ознайомитись з німецькою організацією мед. страхування, але повернувся його супротивником, що напевно матиме свій вплив на можливість утворення мед. страхування в Бельгії найближчим часом.

Mün. Med. Woch. 7-II 1930.

Асоціяція американських медичних редакторів та авторів на своєму засіданні 24 червня 1930 року в Детройті ухвалила настирливо рекомендувати урядові додати до складу кабінету портфель охорони здоров'я.

(I. of Soc. Hyg. 1930 р. № 7).

Münch. Med. W. № 23, 1930 р. повідомляє про закон, що забороняє лікарям, які посідають штатні посади, давати приватнім порядком посвідчення про психічну ненормальність особам, що їм загрожує судова відповідальність.

За державним кошторисом 1930 року в Німеччині асигновано 100.000 маорк на боротьбу проти пістряка. Боротьбу переводитиме нова спеціяльна державна організація. Завдання цієї організації — рання діяґностика та найскоріша допомога хорим на пістряк.

За постановою медичного факультету в Відні приват-доценти факультету надалі зобов'язуються що 5 років подавати докази успіху своєї наукової роботи. Доценти заперечують такому порядкові.

IV. Різні повідомлення.

У вересні було повідомлення про загибіль в м. Любек 70 немовляток в наслідок нещасливого випадку зі щепленням за Кальметом.

В Presse Médicale та Med. Welt № 23 проф. Кальметт дає пояснення щодо нещасливих випадків в Любеці. 27-VII він надіслав фатальну культуру і тим самим штамом робив щеплення 27 липня та 10 серпня 573 дітям у Франції без будь яких нещасливих випадків.

Пізніш Кальметт знов робив щеплення 3000 дітям культурою, що одержав від росту того самого штаму; цього разу також ускладнень не спостерігалось. Морщаки, що їх було заражено цією культурою, також не хворіли.

На підставі вищезазначеного Кальметт вважає за доведене, що забруднення, або зміна матеріялу сталося пізніш в самому місті Любек.

За даними Müch. Med. Wochenschrift загальна кількість лікарів в Німеччині 1927 року виставила — 45332, а в 1928 р. становила — 47338.

З 1913 року загальна кількість лікарів збільшилася на 35%, а кількість лікарів — жінок збільшилася вдесятеро (2562).

Відповід. редактор С. І. Канторович.

Укрполіграф'обєднання. Харків. Третя Друк ім. Фрунзе. Донець-Захарж., 6.

Укрголовліт 490. Зам. 111. Прим. 6.000.

УВАГА!

Збірник розпоряджень у справах охорони здоров'я

(1929-30 р.) розіслано всім без винятку райвиконкомам (РЗІ) і міськрадам з післяплатою 2 карб.

Тимчасом інформ. група оргінстру НКОЗ мало не щоденно отримує листи, в яких вимагають надіслати згадані збірники, а водночас із багатьох місць повертають пакунки до НКОЗ, бо „відмовились одержати", або „за скінченням терміну зберігання".

Отже, пропонується всім перевірити на пошті, чи є на їхню адресу пакунки із збірниками та викупити їх. У НКОЗ лишилася ще деяка кількість примірників, які можна передплатити за 75 коп. кожн. примірник (без пересилки).

Замовлення надсилати на адресу Наркомздоров'я (Харків, буд. Держпромисловости, VI під'їзд, інформ. групі).

Цей збірник, що містить у собі найголовніші директиви й розпорядження в справах охорони здоров'я, повинні мати всі установи та місцеві органи здоровохорони.

Укрполіграфоб'єднання. Третя Друк. ім. Фрунзе, Харків, Донець-Захарж., 6. Укрголовліт. 490. Зам. 111. Прим. 6.000

Пролетарі всіх країн, єднайтеся!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ СЬОМИЙ

№ 4-5

ХАРКІВ

ДВОУ — ДЕРЖМЕДВИДАВ

1931

ЗМІСТ

1. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. М. Марзеєв—Санітарний мінімум.

Т. Богомаз—Справа звільнення в колгоспах від роботи за медичними показниками.

С. Л. Аронштам—До пропозиції т. **Богомаза.**

С. С. Ліхтман—Питання, що над ними треба серйозно замислитись.

І. Л. Злотнік—Теж до питання щодо зміни структури апарату.

Дописи з місць з приводу статті т. **Кушніра.**

КАДРИ

М. А. Біншток—Про заочну підготовку на аспірантів.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Організаційна частина. 30. Про неприпустимість передачі утримання лікустанов з місцбюджету на фонд меддопомоги. 31. Про порядок звертання до Прокуратури Республіки. 32. Про складення підсумків рацроботи. 33. Про зміни порядку обліку та оплати судово-медичної роботи лікарів.

Кадри. 34. Про організацію підвищення кваліфікації лікарів. 35. Про сполучення посад середнього медперсоналу. 36. Про відпуски особам, що закінчили ВИШ'і та технікуми. 37. Про практикум для слухачів заочн. фарміституту. Санепід. 38. Про обов'язкове щеплення проти дифтерії (постан. РНК). 39. Про санітарний мінімум (постан. РНК УСРР). 40. Про виконання промисловістю постанов Уряду щодо заходів охорони здоров'я (**обіжник ВРНГ СРСР та НКОЗ УСРР**). 41. Про профілактичну роботу медпунктів. 42. Про обслугування промсанлікарями нічних змін. 43. Про функції органів охорони здоров'я на підприємствах у зв'язку з постановами III сесії ЦВК СРСР. 44. Про роботу в галузі впорядкування військових містечок. 45. Положення про санітарно-харчових лікарів. 46. Інструкція про утримання одноденних пунктів приймання утильсировини.

Лікувально-профілактична частина. 47. Про оздоровні заходи серед призовної та допризовної молоді. 48. Про обслідування призовної молоді на туберкульозу. 49. Про комплектування військових шкіл. 50 Про двозмінну роботу в лік. установах. 51. Положення про станції швидкої допомоги (додано інструкцію). 52. Про порядок відрядження хворих до міжрайонних лікустанов. 53. Про пільги робітникам міліції щодо курортно-санаторного лікування.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Про титульний список медсанбудівництва на селі. 2. Про основні принципи складання бюджету місцевого фонду меддопомоги на 1931 рік. 3. Про настановлення в справі боротьби з профзахворюваннями. 4. Про роботу органів охорони здоров'я в галузі харчування. 5. Про роботу в галузі психоневрології. 6. Справа пологодопомоги на Україні. 7. У Центральній Надзвичайній Комісії по боротьбі з епідеміями. 8. Про повернення лікустановам відібраних приміщень. 9. Доповідь Олевського РЗІ. 10. Про увічнення пам'яти академіка Д. К. Заболотного. 11. Про преміювання винахідників в галузі охорони здоров'я. 12. Про роботу центральної науково-книжкової бази.

IV. ЗДОРОВОХОРОНА НА МІСЦЯХ

(Матеріяли та дописи із районів — Лиманського, Попаснянського, Божедарівського, Бердянського, Хорольського, Градізького Китайгородського, Джулінського, Петрівського, міст—Запоріжжя та Миколаєва).

V. ОБ'ЯВИ ТА ПОВІДОМЛЕННЯ

1. Про винахід д-ра Булгача. 2. Конкурс на кращі винаходи. 3. Конкурси. 4-6. Привітання Наркомздоров'я.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЗА КОРДОНОМ

(Матеріяли Реф. Бюра при УДМБ).

ВИПРАВТЕ ДРУКАРСЬКУ ПОМИЛКУ!

У ч. 1 бюлетеня за 1931 рік на сторінці 4-й, рядок 8-й зверху в абзаці про загальну смертність **надруковано** „. як зниження загальної смертности з колишніх 30,5%, що було 1913 р. в колишній Европейській Росії, до 17,4%, що ми їх маємо на Україні 1929 р.“.

Редакція пояснює, що згадані цифри визначають кількість смертей на 1.000 населення.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в «Літописі Украін. Друку», «Картковому репертуарі» та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 4-5 15 лютого 1931 року № 4-5

Харківська Держ. Бібліотека ім. В. Г. Короленка

До міжрайонних кустових нарад у справах охорони здоров'я

З 10 лютого Наркомздоров'я почав провадити міжрайонні наради, на які запрошуються представники 25—30 районів на кожну. Перші наради відбулися в Сумах для райздоровів районів кол. Сумщини та Харківщини і в Артемівському—для районів Донбаса.

16 лютого скликано нараду в Конотопі для районів кол. Чернигівщини, Конотопщини та Глухівщини; 19 лютого скликається така сама нарада *) для районів кол. Шепетівщини, Проскурівщини та Кам'янеччини і 25 лютого відбувається нарада в Одесі для районів, що колись увіходили до складу Одещини, Першомайщини та районів АМСРР.

Райони провадять представники Наркомздоров'я на чолі з членами колегії наркомату.

На нарадах обговорюються найпекучіші питання охорони здоров'я, як-от:

а) Про складення плянів роботи в галузі охорони здоров'я в районі.

б) Завдання охорони здоров'я на 3 рік п'ятирічки.

в) Фінансування будівництва 1931 року.

г) Підготовна робота і перехід на систему єдиного диспансеру.

д) Боротьба з епідеміями.

е) Медсанобслуговування підчас сільсько-господарських виробничих кампаній.

Опріч цього, на нарадах буде заслухано співдоповіді місцевих робітників в питаннях розгортання суспільности навколо питань охорони здоров'я, про соцзмагання та ударництво в медсанустановах, про мобілізацію коштів на місцях, про обслуговування робітничих підлітків і школярів, організацію громадського харчування тощо.

На наради запрошено райздоровінспекторів (усіх), санлікарів, лікарів лікарень та амбулаторій. Наркомздоров'я порозумівся з РВК та міськрадами, щоб останні сплатили витрати на переїзд та утримання делегатів підчас нарад.

Секції охорони здоров'я та райвиконкоми жваво відгукнулись на заклик Наркомздоров'я та вживають потрібних заходів до найліпшої організації цих нарад.

Найближчі наради протягом березня—квітня передбачено скликати в Лубнях (для районів кол. Лубенщини, Роменщини та Прилуччини), Винниці (Поділля, Бердичівщина), Києві (Київщина і Ніжинщина), Смілі (Білоцерківщина, Шевченківщина), Гумані. Житомірі, Миколаєві, Полтаві та інш.

*) Цю нараду відкладено на початок березня м-ця.

I. Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

О. М. Марзєєв

САНІТАРНИЙ МІНІМУМ

Рада Народніх Комісарів України ухвалила 10 січня 1931 року постанову „Про санітарний мінімум"*).

Постанова Раднаркому висуває та оформлює законодавчим порядком найважливішої ваги проблему про піднесення санітарної культури серед всієї трудящої людности—всієї нашої Республіки. Од окремих санітарних заходів та ударних, звичайно, сезонних оздоровних кампаній наша держава переходить до комплексного плянового широкого оздоровлення життя, праці й побуту населення.

Неможна не зазначити надзвичайної своєчасности нової постанови уряду.

Бурхливо розвивається наша промисловість, радикально перебудовується наше сільське господарство, зростають культурні запити й потреби в робітничої кляси та трудящого селянства. Оце все вимагає, щоб розвивався доброустрій в наших залюднених місцях. щоб поліпшувалися санітарні умови, щоб підносилася загальна—та зокрема санітарна культура.

Ми будуємо соціялізм; отже і все наше соціялістичне будівництво треба просякти та втілити в нього елементи гігієни, здоров'я, санітарної культури.

Новий закон має ще одну особливість: він будує всі заходи щодо санітарного мінімуму на активній самодіяльності трудящих мас. Самі маси, зважаючи на конкретні обставини життя, праці та побуту, повинні висунути всі мінімальні обов'язкові оздоровні заходи, що їх містить в собі розуміння „санітарного мінімуму", мусять самі організувати запровадження в життя цих заходів.

Проте, цей масовий рух за санітарну культуру не повинен бути суто-стихійний, його треба організувати, ним керувати. Отже, закон і каже:

„Безпосереднє керівництво всією роботою над виробленням і запровадженням санітарного мінімуму, а так само контролю над запровадженням його, здійснює Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР, районові виконавчі комітети й місцеві ради за активної участи місцевих профорганізацій, а особливо професійної спілки медсанпраці, кооперативних організацій, ЛКСМУ та піонерської організації. організації Всеукраїнського Товариства Червоного Хреста тощо":

Отже, закон точно зазначає, до того-ж і сама суть справи вимагає, щоб органи охорони здоров'я взяли на себе все керівництво рухом за запровадження в життя санітарного мінімуму. Величезна й відповідальна роля в цій справі припадає на ввесь медичний персонал, переважно на лікарів і особливо на периферійних робітників, що працюють у робітничих районах і на селі. Лікарі повинні підхопити цей закон, як прапор, як бойове гасло, покласти його в основу всієї своєї громадської, професійної, профілактичної діяльности, розповсюдити їдеї до села й до робітничого селища, до сільської хати та робітничого гуртожитку, до цеху, школи, до колгоспа й радгоспа. Лікарі повинні мобілізувати максимум ініціятиви, творчости, активности, живих сил і матеріяльних ресурсів трудящого населення.

*) Постанову уряду надруковано в цьому таки ч. бюлетеня.

Проте, опріч всього цього, на лікарів, саме на лікарів покладено обов'язок—у кожному місці в санітарний мінімум вкласти конкретний оздоровний зміст. Аджеж лікарям краще, ніж будь кому відомі санітарні недоліки життя, праці й побуту населення. Отже, саме лікарі можуть і повинні визначити шляхи й засоби санітарного оздоровлення населення.

Що саме можна радити периферійним робітникам, які оздоровні заходи треба насамперед висунути на місцях, що (заходи) повинні стати за основу наших санітарних мінімумів?

Ураховуючи санітарний стан широких мас трудящих та епідемічний стан республіки, ми повинні на перше місце висунути лазню, як найелементарнішу та найпотрібнішу гігієнічну установу для населення.

Неможна уявити собі жодного санітарного мінімуму, де-б на першому місці не стояла лазня — сільська, селищна, міська, заводська. Низький стан гігієни тіла в людности, значний паразитизм, широке розповсюдження короси, випадки висипного тифу й майже цілковита відсутність лазень на селі, радгоспах, брак лазень в робітничих селищах і містах — оце все владно вимагає широкого розвитку лазневої справи на Україні.

Ми маємо на цей день на Україні лазень: по містах 151, на селі 200, у радгоспах 307, на виробничих підприємствах — 410, разом 1068 лазень.

Цього безперечно недосить. У наших містах на одного жителя припадає на рік 1,4 відвідування лазні, тоді, як в РСФРР воно становить 6 відвідувань. Ми в цьому дуже відстали від заходу. У Німеччині ще за 80-х років минулого століття виник міцний рух за лазневе будівництво, було утворено товариство народніх лазень, що написало своє гасло: „Кожному німцю щотижнева лазня". Нині Німеччина має дуже багато лазень, душевних установок, басейнів для плавання. І не дивно, що в Німеччині зовсім ліквідували паразитарні тифи.

Нині Наркомздоров'я спрацював і подає до Раднаркому плян лазневого будівництва на 1931 рік; згідно з цим пляном цього року мають збудувати 1973 лазні, що мають загальну вартість 25 міл. карб. Програма Наркомздоров'я передбачає на 1931 рік також збудувати 1931 року 130 великих праль на суму 10 міл. карб.

Друга не менш важлива частина санітарного мінімуму це є поліпшення водопостачання У цій значній галузі народнього здоров'я справа стоїть у нас негаразд. Не вистачає води в Донбасі, ми маємо по всій Україні тільки 50 водогонів. Наші річки дуже забруднюються. Сільські колодязі влаштовано надто примітивно та негаразд утримуються. Дві третини колодязів мають недоброякісну воду, а звідси в нас трапляються щороку епідемії черевного тифу й дизентерії.

Треба на селі домагатися та включати в санітарний мінімум ось що: влаштування гарних громадських колодязів, що мають кріпкий, краще за все бетонний зруб та смок, що подавав би воду. Колодязі, що є нині, треба скрізь вичистити, одремонтувати та утримувати в порядку. Треба скрізь суто заборонити забруднювати річки.

Болюче питання в нашому селі, це видалення бруднин. Треба повести посилену боротьбу за влаштування на селі вбиралень і за те, щоб було відведено певні місця для звалок та худобомогильників.

Наші міста, робітничі селища й села аж доти не матимуть ні чистого повітря, ані місця відпочинку, поки вони не заведуть у себе зелених садінь. Лікарі зобов'язані, користуючи тепер з постанови про сані-

тарний мінімум, розпочати широченну кампанію скрізь за зелені садіння, за деревосадіння, за влаштування парків садів і скверів. Хай наші лікарі та амбуляторії перші станують у цьому за зразок для населення. Зелені садіння мусять бути в складі кожного санітарного мінімуму.

Треба звернути найсерйознішу увагу на наші житла. Звичайно, в них тісно. Проте, великий сум і недозволене ставлення полягає в тім, що в нас утримують житла антисанітарно: в них панує бруд, пил, сміття, нечисте повітря, мало сонячного світла. Треба домагатися, щоб на селі влаштували кватирки в кожній хаті (тимчасом тепер має кватирки лише невеликий відсоток сільських житлових приміщень). Треба на селі домагатися, щоб долівки в усіх нових колгоспних житлах було замінено дерев'яними підлогами. Треба боротися за те, щоб у житлах робили велике вікно. Робітничі гуртожитки треба обладнати та утримувати так, щоб вони стали за зразок чистоти, щоб робітник знаходив у них здоровий відпочинок та потрібний затишок. І, нарешті, в усіх наших житлах, будь то в сільській хаті, комуні, житлокопівському будинкові або робітничому гуртожиткові, треба розпочати пляномірну та нещадну боротьбу із паразитами й гризунами.

Особливу увагу треба звернути на те, щоб санітарний мінімум установили та здійснили в усіх громадських їдальнях. До цього мінімуму мусить належати—бездоганна чистота приміщення та старанне миття посуду, гігієнічне виготовлення їжі та рішуче винищення мух. Лікарям на місцях треба систематично відвідувати та доглядати всі місцеві громадські їдальні. Це було б за найкращий вид шефства та суто-профілактичної роботи.

Проте, нам треба уздоровлювати не тільки побут, але й працю. Ось чому на кожному підприємстві в цілому й для окремих його цехів треба скласти та здійснювати санітарний мінімум. Тут і загально-гігієнічні заходи (доброякісна питтьова вода, душі тощо) і заходи, скеровані на збереження здоров'я робітників від професійних шкідливостей та травматичних пошкоджень.

До протиепідемічної частини санмінімуму мусить належати такі заходи, як запобіжні щеплення проти віспи, дифтерії і черевного тифу, дезінфекційні станції, деззагони, камери, влаштування вошебійок, лазнево-пральні загони, винищення або унешкодження забагнених місць, що в них є малярійні комари, масова боротьба з мухами й комарами, влаштування при всіх лікарнях добре обладнаних заразних відділків та інше.

Санітарний мінімум мусить нам допомогти ліквідувати паразитарні захорування й значно знизити епідемічність у республіці.

Уже протягом найближчих тижнів й місяців санмінімум треба скласти для кожного залюдненого пункту, підприємства, для кожної комуни, житлокоопу, їдальні, школи, дитячої установи, робітничого гуртожитку, для кожної радянської і громадської установи.

На зборах, що обговорюватимуть питання про санмінімум треба висвітлити санітарний стан пункту, підприємства або установи, виявити всі прогріхи й намітити суто-конкретний діловий і реальний плян потрібних оздоровних заходів. Плян цей ні в якому разі не повинен бути голою розолюцією або протоколом („слухали — постановили")—у пляні треба точно зазначити, якими силами, в які терміни й яким коштом та засобами буде проведено передбачувані оздоровні заходи.

Частину цих заходів можуть й повинні виконати установи та господарчі органи—райвиконкоми, сільради, адміністрація підприємств, комго-

спи. Виконання інших оздоровних заходів повинні взяти на себе громадські організації: кооперація, червоний хрест, профспілки. І, нарешті чималу частину санітарного мінімуму мусить здійснити сама людність порядком громадської самодіяльности. Велику ролю у цьому поході за санітарну культуру повинні відограти комсомольська та піонерська організації. Треба в цій кампанії широко вживати випробованих сучасних метод масової роботи—ударництва, соціялістичного змагання, робітничої громадської контролі. Підходячи ко питання відносно коштів на запровадження мінімальних обов'язкових оздоровних заходів, треба нагадати, що чималу кількість заходів через їхню нескладність та елементарність можна здійснити, не витрачаючи спеціяльних коштів, бо їх можна виконати силою й працею самого населення.

Проте. на інші випадки потрібне витрачання більш-менш значних коштів. Якщо ці заходи за чинним законодавством покладено на місцевий бюджет, промисловість або громадські організації, то саме ці останні й повинні відпустити потрібні кошти на здійснення відповідної частини санмінімуму. Крім цього, на здійснення в порядкові санітарного мінімуму потрібних оздоровних заходів, треба на добровільних засадах широко мобілізувати кошти самої людности. Тут треба використати кошти самооподаткування, кошти щойно введеного одноразового податку на соціяльно-культурні потреби населення. Треба на санітарно-оздоровні заходи виділити кошти із фонду поліпшення побуту робітників, із фондів колгоспів. із сум соціяльного страхування, із бюджетів громадських організацій. Оттак, через активну самодіяльність населення можна зібрати чималі кошти на санітарне оздоровлення і скрізь провести широку уздоровну роботу.

Наше найближче завдання — ми повинні протягом уже найближчих років цілком ліквідувати в республіці висипний тиф і масову завошивленість населенн. Санітарний мінімум мусить дати нам всі потрібні для цього установки. — лазні, лазнево-пральні загони, пральні, дезкамери й так піднести низьку тепер гігієну тіла й населення. Треба покласти край епідеміям черевного тифу, який трапляється щороку. Санітарний мінімум повинен нам дати водогін у місті та робітничому селищі, а на селі добре влаштований із здоровою водою колодязь, чисту їдальню, що її утримують у порядкові та інше.

Ми повинні подолати в нас туберкульозу, як масове захорування. Здійснення санітарного мінімуму повинно нам дати чисте житло, без пороху й бруду, з чистим повітрям та сонячним світом.

Санітарний мінімум мусить утворити для робітника сприятливі санітарні обставини на заводі, в цеху.

Санітарний мінімум мусить дати нам здорову школу, дитячий майданчик, гігієнічно вихованих і фізично загартованих дітей.

Ось вони ті оздоровні наслідки, що ми маємо сподіватися від запровадження санітарного мінімуму. Він допоможе нам у галузі санітарній наздогнати західні країни, щоб незабаром їх випередити.

От таке величезне принципове й суто-практичне значення має постанова РНК про санітарний мінімум.

Перед медичними робітниками, перед усіма лікарями стали віднині величезні, відповідальні завдання, що водночас і захоплюють: гігієнічно обставити, організувати та повести вперед цю історічну кампанію за санітарну культуру в нашій країні.

Богомаз (м. Краматор...

СПРАВА ЗВІЛЬНЕННЯ В КОЛГОСПАХ ВІД РОБОТИ ЗА МЕДИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ*)

Інструкція Наркомздоров'я про тимчасове звільнення від роботи та звільнення від окремих робіт за медичними показниками, вперше внесла ясність в охорону праці колгоспників. Нез'ясованим все ж залишилось питання про техніку звільнення, де відмічати це звільнення та як ці звільнення ураховувати.

Треба в справу звільнення внести якусь систему, завести лікарняного листка або-що.

Через те, що в цьому питанні немає ще системи, багато колгоспників симулювало, а багато терпіло, бо їм не зараховано робітних днів.

Відсутність ясности в системі тимчасових звільнень сприяє зниженню труддисципліни, розповсюдженню симуляцій та інш. Органи охорони здоров'я повинні в це питання внести ясність.

Система лікарняного листка незручна, оскільки немає щомісячної розплати за трудові дні. Отже, зважаючи на відсутність можливости налагодити цю справу, на перший раз можна рекомендувати дві системи: або журнальну, або заведення трудових книжок. Система журналу менш складна і більш зараз доступна. Правління колгоспу, напрямовуючи хворого до лікарні, записує його до окремого журналу, де лікар відмічає, як хворобу, так і термін звільнення. Цей журнал дає змогу підрахувати щомісячно дні звільнення за медичними показниками та оплачувати ці дні нарівні з трудоднями. Таку систему зараз вводить Краматорська інспектура охорони здоров'я, як тимчасову.

Значно кращою буде система трудових книжок. Кожний працездатний колгоспник повинен мати трудову книжку, в якій треба відзначати всі випадки відсутности на роботі.

Лікар і собі теж повинен робити свої відмітки про тимчасову непрацездатність колгоспника.

Оці засоби є безперечно паліятив, але до деякої міри вони ж врегулюють справу звільнення колгоспників од роботи за хворобою, забезпечуючи водночас справу боротьби з прогулами.

Було б доцільно, якщо комісія охорони здоров'я, що повинна існувати в кожному колгоспі, віддала цій справі потрібну увагу. Це сприяло би активізації самого існування комісії та посилило її діяльність.

Ми не маємо ще досвіду в цій справі, але розв'язати її треба якнайскоріше. Організацію справи звільнень колгоспників од роботи за хворістю треба покласти на дільничних лікарів.

С. Л. Аронштам

До пропозиції т. Богомаза

Немає абсолютно сумніву в тім, що інструкція, яку склав та оголосив Наркомздоров'я щодо порядку звільнення од роботи за медичними показниками в колгоспах, є надзвичайно своєчасна, бо править за найважливіший момент правильної організації праці в колгоспах. Цілком природньо, що, вживаючи інструкції на практиці, доведеться за вказівками

*) Див. бюлетень НКОЗ № 17—19 за 1930 р.—Ред.

місць внести в неї деякі корективи, доповнити та вдосконалити її так щодо самих медичних показників, як і порядку пристосування інструкції.

За одно з таких удосконалень правитиме вказівка, як саме й де треба реєструвати моменти неявки (відсутности) колгоспника на роботу за медичними показниками, при чому тут потрібно домогтися того, щоб оці дані колгоспний КОПП (або комісія) та правління мали змогу негайно перевірити, щоб можна було справді повсякчасно реґулювати справу виконання плянових завдань і передбачень щодо сівби, жнив, оранки тощо.

Отже, зважаючи на це, треба подбати про якнайбільше наближення справи реєстрації захорувань та тимчасової непрацездатности (що їх відмічатиметься в різних документах лікустанов) до відповідних осередків колгоспу.

На нашу думку, цього можна буде якнайдоцільніше дійти, якщо в трудову книжку колгоспника записуватиметься всі моменти відсутности його на роботі за медпоказниками. Для цього треба в кінці книжки завести декілька сторінок із спеціяльними графами, до яких вноситимуться коротенько примірно такі дані:

а) Час відвідування колгоспником лікустанови

б) Причини, що затримали колгоспника в лікустанові

в) Обґрунтування відсутности на роботі.

г) В якій мірі колгоспник потрібує звільнення від роботи, на який термін тощо.

Трудова книжка є за найцінніший документ для колгоспника, бо вона править для нього за розрахунковий грошовий документ, що дає водночас потрібні про власника книжки відомості на одержання утримання за дні непрацездатности тощо. Отже, колгоспник ставитиметься обережно до книжки й не губитиме її.

Якщо-ж заводити додаткові аркушики в трудовій книжці, або заводити окремі журнали, щоб у них записувати хворих, то це буде для правління колгоспу або КОПП'у за зайве ускладнення роботи, бо примусить колгоспників, що бажають потрапити до лікустанови замість того, щоб на випадок потреби піти до лікарні, амбулаторії тощо (а лікустанова може знаходитися на невеличкому віддаленні від даного колгоспника) мандрувати по багатьох інстанціях, як-от — до правління, щоб там записали в журнал, і з цим журналом до лікустанови, із лікустанови мабуть повернути журнал до правління і т. інше.

Ми мусимо прагнути поставити справу звільнення колгоспника за справжніми медпоказниками якнайзвичайніше, уникаючи зайвого ходіння, біганини тощо.

С. С. Ліхтман

ПИТАННЯ, ЩО НАД НИМИ ТРЕБА СЕРЙОЗНО ЗАМИСЛИТИСЯ

(Ще до боротьби із зростанням абортизму)

Чи знають широкі кола трудящих, якого масового характеру набуло протягом останніх років штучне переривання вагітности?

Чи знає хто-небудь про те, що кількість абортів на Україні протягом останніх 5 років зросла на 75%, сягнувши 1929 року колосальної цифри 368 000, що поряд цього різко знизилася народжуваність?

Чи ясно уявляють собі робітники, робітниці і, насамперед, молодь величезну шкоду для здоров'я, зниження життєвого рівня жінки, що дає хвиля абортів, яка дедалі все зростає?

А чи можуть байдуже поставитись до цього професійні організації, органи охорони здоров'я та громадські організації?

в'язково супроводиться зниженням народимости. Наводять за приклад Францію та інші західньо-европейські „цивілізовані“ країни, що мають низьку народимість і темну, неосвічену дореволюційну Росію, що мала високі показники народимости. Тепер, мовляв, ми виходимо на шлях культурного розвитку, через що зниження народимости стає закономірним явищем. Інші „доходять“ раптових висновків і твердять, що запроваджуване радянською владою розкріпачення жінки, широке втягування її в усі галузі виробничого господарчого та культурного життя країни, ніби утворили в житті жінки багато моментів, за яких вагітність, пологи та дитина правлять за чинники, що обмежують її можливості, через що жінка не бажає родити і старанно уникає цього.

Отже, виходить, що людність, дійшовши певного високого ступеня культурного розвитку, за цілковитого розкріпачення жінки, ніби неминуче має зникнути з лиця землі, мусить цілком виродитися. Чи треба доводити, що цей погляд не має нічого спільного з розумінням про пролетарську культуру, що підносить широкі шари трудящих до високосвідомої, втішної, високо-продукційної творчости, до нового світлого життя, позбавленого яких би то ні було елементів буржуазного занепадництва?

Чи треба доводити, що такий погляд на розкріпачення жінки має чимало спільного з тими, що відводили жінці в її житті тільки чотирі функції-церкву, кухню, вбрання та дітонародження.

Ми маємо матеріял з 100.000 розроблених анкет про аборти. На запитання про мотиви аборту 34% жінок визначають свою матеріяльну незабезпеченість і кепські житлові умови; 24% говорять про свою багатодітність, наявність грудної дитини, щось із 29% наводить свою хворобу, 10% говорить про небажання мати дитину і щось із 3% вказує на бажання потаїти свою вагітність. Ці цифри досить яскраво доводять, що причини абортів є переважно економічно-побутові. Спиняють] на собі увагу ті 3%, що удалися до аборту, бажаючи потаїти свою вагітність.

Якщо розглянути склад цієї групи за ознакою віку, виявляється, що на 100 абортованих жінок, які бажали потаїти свою вагітність, 38 жінок були віком до 18 років, або підлітки, 25 жінок мали 18-19 років; решта припадає на старший вік. Якщо аборт взагалі шкідливий, то на організмі підлітка, ще незміцнілому, що остаточно ще не сформувався, аборт залишає глибокий, на все життя, слід.

Цифри абортів голосно доводять, що справі статевого виховання нової зміни, справі висвітлювання цього питання серед молоді ми віддаємо надто мало, зовсім мало уваги. Хіба $4^1/_2$ тисячі жінок, що абортували віком 19 років, з яких тільки 1.800 вважали себе за заміжніх, не доводять наявности невпорядкованости статевих зносин серед молоді, не сигналізують про наявність у деякій частині молоді певної патології побуту, хіба не варті вони найпильнішої до себе уваги? На цій дільниці зроблено безперечно мало.

Цілком ясно, що абортна проблема надзвичайно складна, в ній щільно пов'язалися й культурна відсталість, і соціяльно-економічні та побутові чинники перехідної доби. Проте, неможна абсолютно зробити висновку, ніби можна обминути цю болячку, що роз'ятрює наш молодий радянський організм і чекати, поки зростання соціялістичної культури, піднесення матеріяльного добробуту трудящих та перебудова побуту на нових засадах—самі собою призведуть до вижиття абортів.

Треба, насамперед, щоб якнайширші шари трудящих знали, яку соціяльну небезпеку являють собою масові аборти й що саме може статися від збільшуваної хвилі абортів. Треба віддати максимум уваги питанням статевого виховання молоді, починаючи з наймолодшого віку: тут потрібне тільки змінювання методи залежно від віку, але ця робота мусить проходить через усі форми та всі етапи виховної та культурної роботи, що провадиться серед молоді.

Робітникам охорони здоров'я, педологам, педагогам і взагалі всім робітникам культурного фронту є тут сила роботи, вдумливої, яку треба провадити так, щоб не збуджувати нездорової цікавости, щоб статеве виховання не перетворювалося в надто раннє прокидання статевого інстинкту, бо за цього, звичайно, результати будуть зовсім небажані.

Уся масова культурна робота, що її провадиться серед дорослих, мусить певною мірою зачіплювати питання соціяльного аборту. Треба, справді, на кожному кроці твердити якою завгодно приступною формою висвітлювати, нагадувати про існування цієї соціяльної небезпеки й не тільки закликати на боротьбу з нею, але також зазначити шляхи її подолання.

Тут немає місця абстрактним, відірваним тлумаченням та думкам про шкідливість аборту. Небезпека масових абортів саме в тому й полягає, що це є так звані соціяльні аборти, через що тут неможна обмежуватись одними закликами. Треба втілити в гущині маси, що дітонародження є біологічний наслідок статевого життя, і що за будьяке викривлення закону природи, остання має помститися іноді дуже жорстоко. Отже, підносячи загально-культурний, зокрема санітарно-культурний рівень, всіляко поліпшуючи матеріяльно-побутовий добробут трудящих, ми опановуємо вихідний пункт у боротьби з масовим абортизмом.

Проте, на ті випадки, за яких побутові або інші обставини перехідної доби стають так, що жінка рожати не може, тут, звичайно, будьякі заклики рожати, а не абортувати, не допоможуть. На такі випадки треба попереджувати вагітність, а не доводити до аборту Медицина має в свойому арсеналі досить засобів, що якщо не на 100%, то на 88% ґарантують від зародження. Тут треба провести величезну роботу щодо популяризації цих протизачаткових засобів, і,— хоч воно й дуже парадоксально,— не тільки серед широкої людности але й серед самих лікарів. Через консерватизм, іноді недостатню знайомість із цією галуззю виникає зовсім необґрунтований скептицизм серед деякої частини лікарів до протизачаткових засобів, отже й недовір'я до них широкої маси, наскільки цей скептицизм невиправданий, доводять спостереження проф. Селіцького, що стоїть на чолі спеціяльної наукової комісії, яка вивчає протизачаткові засоби при Московському Інституту Охматмладу. Згаданий учений спостерігав протягом декількох років 80 аж до 92% успіху від вживання хінозольових препаратів, як-от „Контрацептин" (вироблений кульками на какаовій олії) і „Преконсоля". Згаданий відсоток зростає до 98% від комбінації ковпачка Мензінга з Преконсолем. на цей період згаданий відсоток треба визнати за цілком задовільний. Треба тільки не відмахуватись від цього, не збуватися загальною фразою, ніби-то ці засоби не допомагають. Наукова лікарська думка мусить невтомно працювати цим напрямком, вивчати, перевіряти те, що ми маємо, домагаючись настирливо успішніших, здатніших і приступніших за своїм складом засобів, що визволили-б нас від залежности од закордонного ринку.

Другий вузловий пункт протиабортної роботи є в широкій популяризації ідей попередження небажаної вагітности, в найширшому втілюванні вживання протизачаткових засобів, подоланні неправдивого скептичного ставлення до них, в навчанні, як користуватися цими засобами.

Над питанням біологічної стерилізації жінок, себто над метою ніби прищеплення жінці несприйнятливости до завагітнення, над справою реґулювання дітонародження мусять працювати не одиниці, а ряд авторитетних наукових робітників, інститути й вислідувательні катедри.

Тільки зосередивши увагу найширшої радянської суспільности на абортній проблемі тільки закликавши якнайширші маси трудящих на боротьбу з масовими абортами, закликавши до руху цим напрямком масу робітників, робітниць, молодь, бідняцько-середняцьку масу селянства, не тільки жінок, а також і чоловіків, ставши на чолі цього руху та озброївши його науковими силами, можна покласти край абортній стихії не на словах, а справді оздоровити побут пролетаріяту й забезпечити ділянцю боротьби за здорову повноцінну зміну.

Над цим треба серйозно замислитися.

Від редакції: Вважаємо за дуже доцільне, щоб наші периферійні медробітники та діячі охорони здоров'я, висловили свою думку з приводу цієї статті

І. Злотнік

ТЕЖ ДО ПИТАННЯ ЩОДО ЗМІН СТРУКТУРИ НАРКОМАТУ

(З приводу статті т. Кушніра в бюлетені НКОЗ № 23-24)

Питання, що зняв т. Кушнір в справі пристосування апарату наркомата до керування районами — річ надзвичайно актуальна. Проте, т. Кушнір розв'язує це питання зовсім неправильно.

Головна помилка автора полягає в тім, що він утворює всередині наркомату якусь нову інституцію — уповноважених районів, що мають просувати в наркоматі всі питання, що стосуються районів.

Неможна будувати апарат на основі уповноважених; це зовсім не значить, що апарат цілком, всіма його частинами обернеться обличчям до району, а в тім це саме тепер і потрібно. Ліквідація округ, перехід на двоступневу систему, поставили перед наркоматом завдання якнайбільше централізувати справу плянування за максимальної децентралізації управління.

Наркомат не може обмежитись тільки розроблюванням загальних директив, плянів і наступною перевіркою. Наркомат повинен скласти диференційовану директиву, плян і крім наступної контролі, наркомат повинен інструктувати, як саме ставити роботу — отже й допомагати організовувати роботу.

За цих умов неможна зводити справу до того, щоб мати потужний організаційно-інструкторський апарат, що в ньому працювали б 14-15 інструкторів, які вивчатимуть, знатимуть райони, й просуватимуть їхні питання й відповідатимуть на запитання.

Треба, щоб увесь апарат, в усіх його секторах — пляновому, медико-санітарному, в секторі кадрів, науки знали досконально райони, вивчали б їх, просували б питання районів, отже й відповідали б за стан охорони здоров'я в них. Цього ми не дійдемо тільки за наявности 14-15 інструкторів. Тут потрібна ґрунтовна зміна побудови всього апарату.

І справді, як саме уявляє собі т. Кушнір роботу медико-санітарного сектору, якщо він не обернеться обличчям до районів? У такому разі сектору недосить бути „сектором відповідної компетенції в тих галузях, що їх він заступає", треба, щоб сектор був спроможний проявляти диференційований підхід, керуючи постановкою відповідних галузів охорони здоров'я. Для цього треба ґрунтовно змінити структуру саме медико-санітарного сектору, а не замінювати цю найважливішу структурну частину утворенням групи інструкторів.

Як саме треба перебудувати наркомат?

1) У пляновому секторі треба організувати дві групи — зведеного плянування, включивши функції, що їх тепер має галузева група; друга група повинна заходитись навколо питань районного плянування. Крім оцих груп, лишаються, як і досі, фінансова та статистична групи. Їхні взаємини настільки зрозумілі, що на цьому спинятися не будемо.

2) Медично-санітарний сектор треба розділити також на дві групи — перша група матиме галузеві функції. Її складатимуть наші найдосвідченіші робітники окремих галузей роботи, і на цих робітників покладатимуть методичне та організаційне керівництво відповідної галузі охорони здоров'я в Республіці. Друга група складатиметься з інтеґральних інспекторів, що керують окремими групами районів.

Що ж до взаємин між цима двома групами, то ми їх уявляємо собі так: робітники районної групи доповідають робітникам першої групи про стан окремих галузей охорони здоров'я в їхній групі районів, одержуючи від робітників цієї групи методичні вказівки щодо порядку організації роботи в районі.

За такого порядку буде забезпечено медико-санітарному секторові справжнє керівництво постановкою 9/10 справи охорони здоров'я (а це-ж таки йому належить); сектор сам вивчатиме райони, знатиметься на їхній роботі, маючи змогу водночас складати диференційовані вказівки районам.

Такий порядок значно кращий, аніж наявність в апараті 14-15 „штовхачів", чи-то пак інструкторів.

Інструктувати повинні ті, що безпосередньо скеровують роботу. Отже, маючи в апараті групу районного плянування і таку саму групу в медико-санітарному секторові (додамо ще, що ці групи матимуть близько 12 робітників), можна буде обслужити райони в основному через виїзди цих 12 робітників.

Організаційно-інструкторському секторові також доведеться змінити свою структуру, а саме: лишатися сектором організаційним, що до його функцій належатиме розробляти проекти законоположень, з різних питань охорони здоров'я, пов'язуватися з іншими наркоматами в загальних питаннях нашого Наркомату.

Щодо сектору кадрів, то останній має в основному 2 завдання: 1) підготовляти й перепідготовляти персонал і 2) провадити облік і розподіл медперсоналу. Оцю другу галузь роботи сектору треба пристосу-

вати до роботи районних груп так в пляновому, як і в медико-санітарному секторах.

Неможна заперечувати, що треба ліквідувати стан, за якого „райони не знають, до кого вони мають звертатися в наркоматі, щоб розв'язати те або інше істотне питання". Ми цілком згодні, що такий стан треба якнайскоріше ліквідувати. Проте, невірно буде ліквідувати це, утворивши в апараті „штовхачів-заступників" для районів.

Вірний шлях зазначила XVI партійна конференція: „...ліквідація непотрібних проміжних інстанцій, встановлення системи відповідальних виконавців (зокрема вживання практики безпосередньої доповіді виконавця про зроблену роботу тому органу або особі, що для неї ця робота визначена), встановлення обов'язкового підпису виконавцем всіх складених ним доповідей і паперів, незалежно від того, куди саме ці папери надсилають". (Підкреслено в звіті).

Треба встановити справжню систему відповідальних виконавців. І що скоріше, то краще.

ВІДГУКИ НА СТАТТЮ тов. КУШНІРА ПРО ЗМІНУ СТРУКТУРИ Н.К.О.З.

1. Т. т. Зайчик та Ашкіназі лікарі Містівської меддільниці Сватівського району відзначають, що в апараті Наркомздоров'я треба якнайбільше зміцнити ту частину, що має здійснювати живий зв'язок з районами. На думку згаданих т. т. листовні директиви Наркомздоров'я, звичайно, не можуть цілком задовольнити периферію, яка жадає живого зв'язку. Взагалі т. т. вважають, що цей живий зв'язок можна здійснити саме за наявности працездатної групи інспекторів, що через такий зв'язок мали б змогу гаразд вивчити свої райони та просували б належним напрямком їхні болючі питання. Окремо автори листа загострюють увагу на потребі найбільшу увагу приділяти суто-сільським місцевостям.

2. Лікар Понорницького району Покошицької райлікарні теж вважає, що тільки живий інструктаж може піднести якість роботи на місцях, бо подекуди, як-от у Понорницькому районі, робота занепала. У районі спостерігається дуже кволе уявлення основних засад і завдань радянської медицини.

Нарешті автор дорікає, що його дописи будьяких наслідків не дали.

Від редакції. Дуже добре, що стаття т. Кушніра зацікавила нашу периферію. Наркомздоров'я прагне якнайліпше перебудувати свій апарат напрямком швидкого задоволення запитань периферії, жвавого відгуку на її потреби тощо.

Отже, зміни, що сталися тепер у структурі апарату Наркомздоров'я, вже до деякої міри мають забезпечити вищезгадане. Посилення апарату планового сектору та раціональніший розподіл обов'язків між його робітниками, а також почастішання відвідування районів безперечно дадуть змогу здійснювати справжній живий та інструктивний зв'язок з районами.

Щодо скарги т-ша з Покошицької лікарні, то міжрайонна нарада, яка відбулася в Конотопі, на яку мабуть запрошено автора листа, безперечно дасть відповідь на його запитання.

КАДРИ

М. А. Бінншток. с. Рянсополь, Березівського р-ну

Про заочну підготовку в аспіранти

(Порядком обговорення)

Розв'язання пекучої проблеми медичних кадрів стикається з потребою розширити існувальні медВИШ'і та утворювати нові, а це й собі теж гальмується через нестачу викладачів (кадрів для кадрів). Зважаючи на це, Наркомздоров'я ще в травні 1930 року оголосив набір 200 спірантів. Спочатку на ці місця подали силу заяв так міські, як і сільські лікарі. Проте, серйозних претендентів на аспірантуру (цебто таких, що написали конкурсові праці та з'явилися їх захищати), стало значно менше*). Ось наприклад, по наукових установах м. Одеси подали загалом менше праць, ніж було наявних вакансій**). Треба сказати, що найменшу провину треба покласти на лікарів: їхня тяга до наукової роботи надзвичайно велика, особливо серед периферійних лікарів. Зменшення кількости претендентів на аспірантуру можна й треба пояснити тим, що чимало лікарів, зокрема сільських, не мали змоги, як слід, підготовитися до конкурсу. Не тільки на селі, але навіть по невеличких містечках майже неможливо здобути потрібну літературу, немає будьякого керівництва; до того-ж надто пізно було оголошено теми робіт. Ось чому поривання багатьох периферійних лікарів до наукової праці обмежилося тільки заявою, до якої було прикладено документи, і на жаль відсів багатьох кандидатів на аспірантів, кандидатів, дуже бажаних за своїм соціяльним походженням, стажем та громадською цінністю маєм таки. Хоча НКОЗ передбачав відкрити річні підготовні курси на аспірантів для 150 чоловіка, але цього чомусь не здійснено.

Отже, цій праві мусить допомогти з а о ч н е н а в ч а н н я, що протягом останніх років набуло в нас такого розвитку. Зважаючи на те, що слухачами цих заочних курсів будуть люди, що пройшли вже вищу школу, що призвичаїлись до учоби та запровадження самостійних занять, ця заочна підготовка мусить відрізнюватись від звичайних форм заочного викладання. Тут потрібні не стільки друковані лекції з усіх дисциплін, скільки керівництво, плян роботи, докладний показник літератури, потрібна допомога придбати цю літературу, потрібні певні завдання з тієї або іншої дисципліни, потрібне контролювання роботи. Коротенько кажучи, треба утворити консультаційне те методологічне бюро, що тримало б міцний зв'язок із слухачами; звичайно, за таких умов можна зовсім відмовитись від друкованих лекцій.

Протягом заочного курсу доведеться влаштувати в однаму в увіверситетськх центрів одну або дві конференції — семінари, що заберуть загалом не більше одного місяця

Особи, що претендують на аспірантське місце, безперечно дуже охоче витратять на це свою чергову відпустку. Народньому Комісаріятові охорони здоров'я доведеться покласти на себе організацію гуртожитків (це можна зробити на канікулярний час, використавши приміщення ВИШ'у), харчування й забезпечити семінар викладачами. Витрати на це будуть значно менші, ніж утримувати спеціяльні річні підготовельні курси (не заочні), а континґент слухачів, отже й можливість краще їх відбирати, будуть набагато більші. За час існування заочних курсів, через письмові праці, зв'язок з методбюром, особливо на конференціях — семінарах, буде гарна змога виявляти підготовлених і здібних до наукової роботи лікарів, через що зменшиться відсів вже прийнятих аспірантів.

Ми вважаємо, що тривалість заочних курсів повинна бути на 1 — $1^1/_2$ роки залежно від попередньої підготовки слухача й часу, що його він зможе віддати заняттям. Не треба забувати, що слухачі заочних курсів, звичайно, працюватимуть засвоєю поточною основною посадою, через що не треба накопичувати на курсах велику кількість дисциплін. Ми вважаємо, що досить буде обмежитися такими дисциплінами:

1) Цикл політико-економічний, діялектичний матеріялізм,
2) Загальна ідеологія, діялектика в природознавстві та медицині.
3) Варіяційна статистика стосовно до медицини.
4) Фізична хемія.
5) Чужоземна мова.

На кінець курсів можна вимагати від слухача невеликої конкурсової праці із обраної ним спеціяльности, себто з якої він подає на аспіранта. Для цього можна вико-

*) Автор має не зовсім вірні інформації, бо кількість претендентів фактично набагато була більша, ніж кількість вільних аспірантських місць — Р е д.

**) Цікаво дізнатися, скільки було подано конкурсових робіт по інших університетських центрах України. — М. Б.

ристати також конференції — семінари: на першій конференції товариш вибирає тему зв'язується з відповідним керівником, отримує вказівки щодо літератури. На другій конференції провадиться захист виготовленої праці.

Таким робом, притягнувши до цієї роботи наукові інститути, можна зібрати та вивчити найбагатіші місцеві матеріяли від лікувальних і профілактичних установ.

Залічуючи на заочні підготовельні курси, не треба робити будьяких обмежень, бо й тут буде, безперечно, великий відсів. Секторові кадрів НКОЗ треба потурбуватися про постачання централізованим порядком потрібною литературою і налагодити через адміністрацію установ, де працюють слухачі, кредитування цією літературою, а таким розрахунком, щоб слухачеві доводилось платити за це не більш 7 — 8 крб на місяць.

Особам, що успішно закінчать заочні курси, треба видавати відповідні свідоцтва, а таких, що за інших однакових умов (соціяльне походження, стаж роботи на селі, громадська активність задовольняють вимогам, треба залічувати на аспірантів в першу чергу, звільняючи їх від вступних робіт і праць.

Багатьом, що прочитають цю статтю, наша пропозиція, мабуть, здається за надто складну, що її ніби-то тяжко виконати, що ніби коштуватиме вона надто багато. Проте, для тих лікарів, що їх дійсно притягує наукова робота, що бажають для цього попрацювати та віддати цьому час і труд, ці офіри не будуть тяжкі. Треба тільки організувати цю справу, і організувати це повинен Наркомздоров'я.

Увага від сектору кадрів НКОЗ

Ця пропозиція відповідає принциповому настановленню, що його сектор кадрів має в справі підготовки та перепідготовки кадрів. Автор статті припустив тільки одну невеличку помилку — передаспіранська підготовка мусить охопити не тільки так званий загальний комплекс, як це пропонує автор, але також і деякі спеціяльні дисципліни, що дали б змогу підчас залічення на аспірантів визначати, на яку галузь можна того або іншого „заочного передаспіранта" зарахувати.

Термін підготовки мусить залежати від учбового пляну: проте, в усякому разі не більше року.

Керівник сект. кадрів—член колегії НКОЗ—**А. Туркельтауб**

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

30. Про неприпустимість передачі утримання лікустанов з місцевого бюджету на кошти фонду меддопомоги застрахованим

(Окремо не надіслано)

До всіх міськрад та райвиконкомів. Копія: НКОЗ АМСРР, НКФ УСРР

За постановою Ради Народніх Комісарів УСРР з 18 листопада 1929 року було визнано за потрібне передати на місцевий бюджет лікувально-профілактичні установи фонду меддопомоги застрахованим, які установи було відкрито для обслуговування всієї людності. Цю передачу було визнано провадити поступово, починаючи з 1929-30 року.

Проте, за останній час на місцях спостерігаються випадки передачі утримання аналогічних лікустанов з місцевого бюджету на кошти фонду меддопомоги застрахованим.

Визнаючи таке явище за ненормальне й цілком неприпустиме, бо цим самим порушується вказану постанову РНК і взагалі погіршується справу охорони здоров'я, Наркомздоров'я примушений знов нагадати, що кошти фонду меддопомоги застрахованим призначаються саме на меддопомогу застрахованим, а не для обслуговування усієї людності.

Ось чому Наркомздоров'я просить ні в якому разі не припускати передачі лікустанов з місцевого бюджету до бюджету фонда меддопомоги застрахованим, бо утримання таких установ неможна забезпечити коштами фонду меддопомоги.

Наркомздоров'я — **Канторовіч**

Керівник плянсектора — **Машинко**

(Об. розп. НКОЗ ч. 22424-29 з 29 січня 1931 року)

31. Про порядок звертання до прокуратури республіки та міських прокуратур

З моменту ліквідації округ до прокуратури Республіки надходять багато скарг від центральних установ і підприємств та від підлеглих ним периферійних органів і на незаконні постанови та розпорядження місцевих органів влади.

Не маючи фактичної змоги перевірити в центрі підстави оскаржень, прокуратура Республіки надсилає зазначені скарги на розслід та вирішення дільничим і міським прокурорам. Безпосередньо звертання до Центральної Прокуратури, минаючи місцеві органи прокурорського нагляду, призводить до відволікання остаточного розв'язання скарг надішлих від центральних установ та підприємств.

Беручи на увагу, що за арт. 169 положення про судоустрій УСРР (З.У. УСРР 1929 р. № 26, арт, 203), нагляд за законністю дій місцевих органів влад належить до безпосередньої компетенції дільничих та міських прокурорів, прокуратура Республіки просить надалі за випадків ламання місцевими органами влади директив закону та розпорядженъ центру, звертатися безпосередньо до відповідних місцевих прокурорів, а так само дати належні вказівки в цьому питанні підлеглим Вам органами, чинним на. периферії.

До прокуратури Республіки треба звертатися за випадків оскарження постанов та розпоряджень центральних установ і підприємств, а так само за випадків незадоволення рішеннями місцевих прокурорів.

Дислокацію прокурорських камер на території УСРР оголошено в № 13-14 бюлетеня НКЮ за 1930 рік.

Пом. Генерального Прокурора УСРР по адмін. догляду **Ідін**

(Об. розп. НКЮ УСРР № 44.541.1 з 19 січня 1931 року).

32. Про підсумування раціоналізаційної роботи на місцях

(Обіжник розіслань місцям 23 січня 1931 р.)

До всіх секцій охорони здоров'я, райінспекторам; до наукових інститутів НКОЗ.

НКОЗ розпочинає підсумовувати раціоналізаційну роботу на місцях та наслідки її за 1929-30 р. і за окремий квартал, щоб на підставі цих наслідків опрацювати потрібні заходи для дальшого розгорнення цієї роботи та поглиблення її.

Надаючи виключно величезне, значення справі раціоналізації, вважаючи, що лише раціоналізуючи всю медично-санітарну справу щодо якости її системи й техніки роботи, разом із поширенням медично-санітарної справи. можна виконати постанову ЦК. ВКП(б) щодо піднесення медично-санітарного обслуговування робітниче-селянських мас на вищий щабель, НКОЗ пропонує найближчим часом надіслати до НКОЗ — групі раціоналізації відомості що характеризують переведені Вами по району в цілому, включаючи всі лікустанови. раціоналізаційні заходи, а саме:

1) Зазначити, які участки роботи медсанправи та в яких установах раціоналізовано.

2) В чому полягала ця раціоналізація (додати інструкції, положення. правила форми документів, проходження окремих процесів тощо, що установлено, як наслідок раціоналізації.

3) Хто саме переводить раціоналізаційну роботу — адміністрація установи, чи економактив, чи спільно адміністрація та економактив, який був порядок проробки окремих питань, зв'язаних з раціоналізацію. Методика роботи — порядок обговорення окремих проєктів.

4) Чи був плян роботи (додати), в якій мірі його виконано.

5) Яка загальна обстановка в районі та в лікпрофустановах щодо раціоналізаційної роботи. Яких конкретних заходів вживала адміністрація, щоб посилити рацроботу.

6) Де висвітлювались, у загальній пресі чи в журналах, в стінгазеті, питання раціоналізації та які саме це були питання.

7) Чи був зв'язок в раціоналізаційній роботі з периферією, окремими лікпрофустановами, в чому полягало керівництво роботою периферії в цій галузі, так і допомога Ваша в розвитку роботи.

8) Який зв'язок у Вашій раціоналізаційній роботі яку Ви тримали з РСІ.

9) Які наслідки проведеної роботи.

10) Ваші висновки щодо стану рацроботи та пропозиції У пропозиціях треба зазначити конкретні заходи, що на Вашу думку треба перевести для покращення раціоналізаційної роботи в справі охорони здоров'я.

Відповідь треба надіслати в найкоротчий термін не пізніше 15 лютого 1931 року.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Інспектор у справах раціоналізації **Неміровський**

33. Про зміну порядку обліку, контролі та сплати судово-медичної роботи лікарів, що не є в штаті судово-медичної організації НКОЗ, у зв'язку з новою адм. територіяльною реформою

До всіх райвиконкомів (РЗІ). Копія до всіх судово-медичних інспекторів, районних та міжрайонних судових медиків. Копія до НКОЗ АМСРР

У зв'язку з ліквідацією окружної системи управління й окружних судово-медичних інспектур з 1 жовтня 1930 р. встановлюється такий порядок обліку, контролі та сплати судово-медичної роботи лікарів. що не є в штаті судово-медичної організації НКОЗ:

1) Облік та контроля судово-медичних експертиз, що їх провадили лікарі, які не є в штаті судово-медичної організації НКОЗ, покладається на місцевого районного (або міжрайонного) судового медика.

На підставі поданих йому копій актів судово-медичних експертиз районний (або міжрайонний) судовий медик складає відповідну вимогову відомість (за встановленою НКОЗ формою для кожного району окремо) і щ о к в а р т а л у подає її до головної судово-медичної інспектури для асиґнування відповідних коштів.

2) Якщо район не має свого штатного судового медика, облік судово-медичної роботи, складання квартальних вимогових відомостей на сплату її та подання їх до НКОЗ п о к л а д а є т ь с я н а р а й о н н о г о і н с п е к т о р а о х о р о н и з д о р о в' я.

В іншій частині обіжник НКОЗ з 25 вересня 1929 р. № 8/19 (бюл. НКОЗ 1929 р. № 28, арт. 230 — 231) зберігає свою чинність.

Норми плати за судово-медичну експертизу залишаються попередні (див. постанову НКПраці, НКЗдоров'я, НКВсправ і НКЮсту, оголошену 1 липня 1929 р. у зб. законів та розпоряджень Роб. Сел. Уряду України відд. П-й, ч. 11, пост. 47).

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Головн. Суд.-Мед. інспектор **Майєр**

Погоджено; ВУК Медсанпраці (**Коган**)

(Об. розп. НКОЗ ч. 8-19-2 з 30 грудня 1930 р.)

КАДРИ

34. Про організацію підвищення кваліфікації лікарів*)

(В частині наукових відряджень до інститутів)

А. Наукові відрядження до інститутів

19. Наукові відрядження до інститутів удосконалення УСРР на курси та для індивідуальної спеціялізації райони дають за певним річним пляном Наркомздоров'я.

20. Райздоровінспектори та МСУ щорічно складають плян підвищення кваліфікації лікарів та за місяць до початку бюджетового року подають до НКОЗ заявки, зазначаючи орієнтовну потребу в наукових відрядженнях за різними фахами та переліком заходів, що їх РЗІ вважає за потрібне провести в районі для підвищення кваліфікації.

На підставі цих матеріялів НКОЗ складає загальний плян підвищення кваліфікації на рік.

21. Райони та МСУ повинні широко використовувати платні курси інститутів удосконалення, напрямлюючи на них лікарів за рахунок органів охорони здоров'я.

22. Для певного використовування учбових можливостей науково-практичних інститутів НКОЗ (туберкульозн, венеролог., сан. бакт. та інш.) по кожному Інституту встановлюється за поданням Наукової Ради певна кількість учбових місць, тобто з'ясовується, яку кількість лікарів інститут може розмістити для учоби.

23. Напрямлення на ці місця провадиться з районів через Інститути удосконалення в певні терміни, що їх встановлює ці інститути, після попереднього запитання з районів до інституту та одержання згоди Інституту удосконалення.

*) Друкуємо вдруге цю частину загального положення про підвищення кваліфікації лікаріп (див. бюлетень № 9 НКОЗ за 1930 р.), бо після ліквідації округ до НКОЗ надходить багато запитань у цій справі. — **Ред.**

24. Керування роботою лікарів, що прикомандировані до інститутів, належить до обов'язків наукових робітників Інститутів.

Б. Наукові відрядження до РСФРР

25. Наукові відрядження з районів до інститутів РСФРР провадяться двічі на рік виключно за розподілом НКОЗ Відряджувати до РСФРР без розподілу НКОЗ не дозволяється.

В. Порядок напрямлення лікарів

26. Щоб пляново відряджувати лікарів для підвищення їх кваліфікації кожен район встановлює такі кандидатські списки лікарів, що їх відряджують для підвищення кваліфікації порядком черги:

а) лікарів, що їх напрямлюють до колишніх округових або великих райлікарень,
б) лікарів, що їх напрямлюють до інститутів УСРР;
в) „ „ „ „ „ „ РСФРР;
г) „ „ „ „ „ „ за кордон.

Встановлюючи черги, ураховують тривалість праці в окрузі — громадський стаж. Ведення списків покладається на РЗІ та секції охорони здоров'я міськрад.

Г. Кошти на підвищення кваліфікації

27. Райздоровінспектори та МСУ повинні передбачати в кошторисах відповідні витрати на оплату відряджень. Напрямлюючи лікарів поза колишнім окружним центром не на стипендію НКОЗ, треба виплачувати, крім утримання по посаді, не менш 80 крб. за кожний місяць відрядження.

Д. Відслуговування за наукові відрядження

28. За всі наукові відрядження лікарі зобов'язані згідно з постановою РНК УСРР з 19 травня 1925 року відслужити з розрахунку $1^1/_2$ міс. служби за місяць відрядження, але не менше одного року.

Примітка: Лікарі, що одержали короткотермінові відрядження в порядкові пільги за два роки роботи на селі, відслуговувати не зобов'язані.

Слухачі тижневих або двотижневих курсів — конференцій також не повинні відслуговувати.

Оригінал підписав: Наркомздоров'я т. **Канторовіч**

Член Колегії Кер. Сект. Кадрів **Туркельтауб**

35. Про сполучення посад середнього медперсоналу

У зв'язку з дефіцитом середнього медичного персоналу, сектор кадрів НКОЗ роз'яснює, що в містах, як тимчасовий захід припускається сполучення середніх медичних посад, але не більше, ніж на $1^1/_2$ — 2 посадах, при чому переважно в одній установі.

Керівник сектора кадрів НКОЗ **Туркельтауб**

(Об. лист. НКОЗ з 6 лютого 1931 року).

36. Про відпустки особам, які закінчили ВИШ'і та технікуми

На зміну постанови п. 47 Наркомздоров'я з 18 листопада 1930 року № 13-510 (Бюлетень НКОЗ 1930 р. № 22) „Положення про заміщення посад в медустановах“.

Оголошується до відому всіх органів охорони здоров'я, що молодим фахівцям, після закінчення ВИШ'у або технікуму відпустки (без оплати) надається згідно з постановою НКПраці СРСР з 3 жовтня 19:0 р. лише в тому разі, коли вони студентами не мали канікул протягом останніх 12 місяців перед випуском. Отже п. 47 положення скасовується, і в цій справі належить керуватись інструкцією НКОЗ з 15 грудня 1930 року про порядок розподілу тих, що закінчили ВИШ'и та технікуми.

Член Колегії НКОЗ

Керівн. сектору кадрів **Туркельтауб**

37. Про практичні заняття для слухачів заочн. фарм. інституту

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів), міськрад (секцій охорони здоров'я) та МСУ на транспорті. Копія до Всеукраптекоуправління

Згідно з положенням про заочний фармінститут НКОЗ — слухачі інституту, підчас переведення ними практичних занять поза містами їхнього постійного перебування, одержують протягом цих занять стипендію; крім того, за ним, крім стипендії залишається також повністю їхня зарплатня. Щож до слухачів інституту, що перебувають у центрах, де саме переводяться практичні заняття, то таких звільняється за часів цих занять від роботи щодня на дві години.

Щоб забезпечити нормальне запровадження практичних робіт із слухачами інституту, що їх відрядили місця за другим набором, Наркомздоров'я пропонує дати своєчасні розпорядження про те, щоб

а) звільняти від роботи на 2 години щодня слухачів інституту, що провадитимуть практичні заняття в місці їхнього постійного перебування;

б) залишити за слухачами, що переводитимуть практичні заняття поза місцем їхнього постійного перебування, зарплатні повністю та забезпечити їх також стипендіями в п'ятьдесят карбованців на місяць на ввесь час практичних занять.

Водночас пропонується переказати безпосередньо заочному фармацевтичному інститутові, що існує за госпрозрахунком, на його поточний рахунок в Харківській конторі Держбанку № 83346 по сто п'ятьдесят карбованців платні за навчання у 1931 р. за кожного окремого відрядженого в свій час, кол. окрздоровінспектурою слухача. Ці внески можна сплачувати поквартально рівними частками з тим, щоб усю суму було сплачено до 1 липня ц. р. Перший внесок за квартал жовтень — грудень 1930 р. треба переказати інститутові негайно.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Заст. керівника фарм. групи **Ліфшиц**

(Об. розп. НКОЗ ч. 16 — 357 з 1 лютого 1931 р.).

САНЕПІД

38. Про обов'язкові охоронні щеплення проти дифтерійних захворувань

(Постанова Ради Народніх Комісарів УСРР)

Щоб захистити дітей від дифтеритних захворувань та організувати плянову боротьбу з дифтеритом, Рада народніх комісарів УСРР постановила:

1. Встановити обов'язкові охоронні щеплення (активну імунізацію) проти дифтериту для зазначених нижче груп дітей віком від 8 місяців до 14 років включно.

2. Обов'язкові в межах арт. 1 охоронні щеплення проти дифтериту треба робити:

1) дітям і тим, що є, і тим, що знову вступають до дитячих захоронків, садків і дитячих майданчиків;

2) дітям, що відвідують дитячі консультації та інші дитячі лікарно-профілактичні установи;

3) дітям, що є в закритих дитячих установах, як-от: дитячих будинках, дитячих колоніях, дитячих санаторіях, будинках немовлят тощо;

4) дітям, що вступають до молодших груп шкіл у містах і в тих залюднених пунктах, де є установи медичної допомоги (медична дільниця, пункт першої допомоги, дитяча консультація тощо).

5) дітям, що живуть разом з дорослими у касарнях, гуртожитках, та інших інтернатних установах;

6) дітям, що живуть або оселюються у смузі вивласнення залізничного і водяного транспорту.

3. Районовим виконавчим комітетам і міським радам надається право доповнювати список груп дітей віком від 6 місяців до 14 років, що їм обов'язково треба робити охоронні щеплення проти дифтериту.

4. Охоронні щеплення проти дифтериту робити безплатно, коштом державних і громадських медично-санітарних установ УСРР.

5. Покласти на Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР, Народній комісаріят охорони здвров'я АМСРР та місцеві органи охорони здоров'я обов'язок організувати прове-

дення охоронних щеплень проти дифтериту, забезпечивши його потрібною кількістю щепільного матеріялу, а так само стежити за проведенням зазначених заходів.

6. Зобов'язати районові виконавчі комітети і міські ради забезпечити широке проведення охоронних щеплень проти дифтериту відповідними коштами з місцевого бюджету.

7. За зламання правил про обов'язкові охоронні щеплення встановлюється адміністративну відповідальність (п. 37 арт. 72 Адміністративного Кодексу УСРР).

За зламання тих самих правил підчас пошести і в місцевостях, оголошених за небезпечні щодо пошести, що спричинило тяжкі наслідки, встановлюється кримінальну відповідальність.

Урядовці за зламання зазначених правил відповідають, як за урядові злочини.

8. Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР має видати інструкцію про запровадження до життя цієї постанови.

Харків, 6 січня 1931 року.

Заст. Голови Ради Народніх Комісарів УСРР **Д. Петровський**
Керівничий справ Ради Народніх Комісарів УСРР **Я. Касян**

(Надруковано в газеті „Вісті ВУЦВК“ 11 січня 1931 р. № 10).

39. Про санітарний мінімум

(Постанова РНК УСРР з 10 січня 1930 р.)

Щоб прискорити й розширити заходи санітарного оздоровлення умов праці й побуту трудової людности на основі соціялістичного будівництва, а так само, щоб притягти до активної участи в цій роботі робітничі маси і бідняцько-середняцьке селянство, Рада народніх комісарів УСРР постановила:

1. Визнати за потрібне на основі широкої участи трудящих мас запровадити мінімальні обов'язкові санітарно-оздоровчі вимоги (санітарний мінімум).

2. До передбаченого в арт. 1 санітарного мінімуму належать такі заходи:

1) влаштування водопостачання (санітарна охорона, ремонт та утримання в належному стані джерел та споруд водопостачання).

2) впорядкування залюднених місцевостей (плянування, вивіз покидів і бруду, зелені насадження тощо);

3) забезпечення людности лазнями, пральнями і іншими засобами до піднесення санітарної культури;

4) оздоровлення жител і садиб при них (прибирання, боротьба з паразитами і гризунами, вчасний поточний ремонт тощо);

5) оздоровлення громадського харчування;

6) оздоровлення промисловних підприємств і місцевостей, де вона розташовані;

7) протипошесна допомога людності.

3. Безпосереднє керівництво всією роботою над виробленням й запровадженням санітарного мінімуму, а так само контролю над запровадженням його здійснює Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР, районові виконавчі комітети і місцеві ради за активної участи: місцевих професійних організацій, а надто професійної спілки медсанпраці, кооперативних організацій, Ленінської комуністичної спілки молоді України і піонерської організації, організації Всеукраїнського товариства Червоного Хреста тощо.

Керівництво складанням і запровадженням санітарного мінімуму на підприємствах, а так само контролю над проведенням його здійснює Народній Комісаріят праці УСРР і місцеві органи праці, порозумівшися з органами охорони здоров'я та управління промисловістю.

Встановлюючи контролю над здійсненням санітарно-оздоровних заходів, особливу увагу треба віддавати притягненню громадської контролі.

4. Питання безпосереднього запровадження санітарного мінімуму стосовно до окремих підприємств, установ, шкіл, житлових кооперативів тощо обговорюється на загальних зборах відповідних колективів і їх запроваджується через низові осередки громадської самодіяльности.

5. Видатки на запровадження санітарно-оздоровних заходів, що фінансування їх за законом покладено на місцевий бюджет, на господарчі органи та інші організації, робиться встановленим у законі порядком. Притягати кошти трудящої людности на провадження саітарно-оздоровних заходів можна виключно на добровільних засадах.

6. Інструкції й правила про прикладання цієї постанови видає Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР, порозумівшись із заінтересованими урядництвами та громадськими організаціями.

Харків, 10 січня 1931 р. № 145.

Заст. голови Ради народніх комісарів УСРР **Д. Петровський**
Керівничий справ Ради народніх комісарів УСРР **Я. Касян**

40. Про пильне виконання промисловістю постанов уряду щодо сприяння заходам охорони здоров'я

(Обіжник ВРНГ СРСР та НКОЗ УСРР)

Постановление Совнаркома СССР от 26 декабря 1929 г. (Собр. Зак. СССР 1930 г. № 1, ст. 6) возлагает обязанность на промышленные предприятия ассигновывать средства, при новом строительстве в значительном его расширении, на строительство необходимых медико-санитарных учреждений, а также жилищ для их персонала.

В осуществление этого постановления ВСНХ СССР и НКЗдрав УССР предлагают всем подведомственным им предприятиям и органам, расположенным на территории УССР, заключать специальные договора, предусматривая и согласовывая в них объем, характер и проекты нового строительства, а также размер отпускаемых в соответствии с утвержденными промфиинпланами предприятий средств на медико-санитарное дело.

В таком-же порядке следует проводить в жизнь постановление ВУЦВК и СНК УССР от 20 марта 1929 г. „О материальном участии промышленных предприятий в борьбе с епидемиями в промрайонах". (Собр. Узак, УССР 1929 г. № 10, ст. 77) и постановление СНК УССР от 20 марта 1930 г. „О расширении сети медпунктов первой помощи". (Собр. Узак. УССР 1930 г. № 8, ст. 94).

г. Москва, 31 января 1931 г.

Зам. Председателя ВСНХ СССР **И. Косиор**

Наркомздрав УССР **Канторович**

Від редакції. Друкуючи цей спільний лист ВРНГ СРСР та НКОЗ УСРР, редакція звертає увагу всіх периферійних органів та установ охорони здоров'я на потребу пов'язати цей лист з відповідного змісту листом ВРНГ УСРР та НКОЗ УСРР, що надруковано в бюлетені № 1 за 1931 рік, стор. 24.

41. Про профілактичну роботу медпунктів

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) та міськрад (секцій охорони здоров'я)

За постановами ЦВК СРСР з 10 січня 1931 р. на доповідь Наркомпраці — на органи окорони здоров'я покладається наближення своєї роботи до підприємств та забезпечення переведення конкретних заходів охорони здоров'я робітників, робітниць та підлітків на виробництві.

Зазначена постанова широко відкриває ворота підприємства для роботи органів охорони здоров'я на виробництві та покладає на них певну відповідальність за здійснення цього завдання.

На цей час на терені підприємства працюють дві одиниці органів охорони здоров'я — це промсанлікар та медпункт. Якщо промсанлікар уже майже цілком опанував обсяг своєї роботи в галузі оздоровлення умов праці, для боротьби з профзахворуванням та травматизмом, має певні методи цієї роботи, щільно зв'язаний з виробництвом, то про медпункти поки що цього сказати неможна. Медпункти на підприємствах ще досі є тільки пункти першої допомоги, вбачаючи в своїй роботі тільки цю функцію; щождо профілактичної роботи в галузі боротьби з профзахворуваннями, профотруїннями та травматизмом, то ця галузь роботи нібито їх не стосується.

Адже, медпункти, що через них уперше проходить кожний випадок захворування, профотруїння та травматизму, — можуть та повинні бути сигналізаторами небезпеки та активними учасниками складання заходів щодо боротьби з цими явищами.

Отже, Наркомздоров'я вважає, що така організація, як медпункт що розташована безпосередньо на виробництві, не повинна надалі обмежуватися тільки наданням першої допомоги, а повинна розгорнути широку профілактичну роботу.

НКОЗ зазначає, що в основному робота медпунктів, крім надання першої допомоги, повинна полягати ось в чому:

1. Разом із промсанлікарем та під його керівництвом лікар медпункту повинен ознайомитись з цехами, санітарно-побутовим та сантехнічним устаткуванням, складом робітничої сили, виробничими процесами, профшкідливостями та іншими елементами санітарного профіля підприємства.

2. Ознайомитись із даними професіональної патології, що може бути у робітників кожного окремого цеху (підвищена захворуваність, травматизм, профотруїння тощо), за літературними джерелами та матеріялами профзахорбюра; разом із промсанлікарем перевірити ці дані особистим спостереженням.

3. Разом із промсанлікарем брати участь у складанні професіограм на детальні професії та вказувати, на які саме моменти потрібно звернути особливу увагу підчас диспансерного обслідування.

4. Відвідуючи цехи, звертати увагу на санітарний стан їх, перевіряючи виконання запропонованих заходів у цій галузі.

5. Ознайомитись із спеціяльними умовами праці вечірніх та нічних змін і разом з промсанлікарем накреслити відповідні заходи для поліпшення умов праці в цих змінах.

6. Особливу увагу звернути на точний та правильний обіг нещасних випадків та профотруїнь, виявляючи випадки масового характеру.

7. Відвідувати виробничі їдальні, звертаючи увагу на доцільне використання робітниками перерви.

8. Провадити широку саносвітню роботу по цехах та червоних кутках, зокрема пояснювальну роботу про значення диспансеризації.

Ці пункти належить деталізувати відповідно до місцевих умов та разом із промсанлікарем, що є керівником профілактичної роботи медпункту, скласти певний плян роботи медпункту в цій галузі, не обмежуючись тільки вищезгаданими пунктами.

Треба пам'ятати, що профілактична робота медпункту є один із основних моментів його роботи, що може дати велику ефективність у справі боротьби з профшкідливостями.

За Наркомздоров'я УСРР **Туркельтауб**

Т. в. о. кер. групи профзахвор. і промсанітарії **Ерман**

(Об. розп. НКОЗ ч. 555-10 з 1 березня 1931 р.)

42. Про обслуговування промсанлікарями нічних змін у виробництвах

До райвиконкомів (РЗІ) та міськрад (секцій О. З.)

За відомостями, що в нас є, промсанлікарі здебільшого ще не обслуговують вечірніх та нічних змін.

Таке ставлення до цієї справи неприпустиме через те, що ці зміни мають свої особливості в умовах праці та свої специфічні шкідливості.

Отже, НКОЗ пропонує всім промсанлікарям встановити, як правило, відвідування нічних змін, ознайомитися з сангігієнічними умовами в цих

змінах та, в разі потреби, висунути перед відповідними госпорганізаціями специфічні заходи, що здійснення їх вимагають умови праці в нічних змінах.

Відвідування нічних змін потрібно встановити регулярно не менш, як один раз на декаду кожним промсанлікарем.

Заст. керівника сектора науки **Затонська**

Тво керівника промсангрупи **Ерман**

(Об. розп. НКОЗ ч. 555-10 з 2 лютого 1931 р.)

43. Про функції органів охорони здоров'я на підприємствах у зв'язку з постановою III сесії ЦВК'у СРСР

(Окремо не надіслано)

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я), до всіх РВК (райздоровінспекторів), МСУпрів. До всіх інститутів гігієни та патології праці; копія до НКОЗ АМСРР

Постанова останньої сесії ЦВК СРСР на доповідь НКПраці т. Цихона покладає на органи праці плянування всієї роботи в галузі праці, а на органи охорони здоров'я — наблизити медроботу до підприємств та широко розгорнути роботу щодо охорони здоров'я на самих підприємствах.

У такий спосіб функції, права та обов'язки органів охорони здоров'я на підприємствах поширюються, а це вимагає відповідної перебудови всієї нашої роботи в цій галузі. Разом із цим, щоб домогтись спільности всієї роботи обслуговування підприємств та робітників, потрібно погодження з органами праці, щоб уникнути паралелізму та дублювания роботи в цій галузі окремих відомств.

Ця сама постанова сесії ЦВК говорить про поширення роботи щодо задоволення побутових потреб робоітників на підприемствах, зокрема, поширення та поліпшення якости роботи ясел, громадських їдалень тощо.

Отже, мова мовиться не тільки про наближення елементарної меддопомоги до підприємства, але й про поширения оздоровних функцій органів охорони здоров'я щодо підприємств в цілому, а також його окремих робітничих груп за погодженням з органами Наркомпраці.

Щоб забезпечитн правильне безперебійне виконання цих директив, що мають величезне значення в справі забезпечення промисловости кадрами, НКОЗ пропонує:

1. Збільшити кількість промсанлікарів на підприємствах та піднести керівництво ними. Поліпшити якість існуючих пунктів першої допомоги (медобладнування, приміщення тощо) та наблизити їх до окремих цехів. Направити на підприємства кваліфіковані медкадри з тим, щоби обслуговувати робітників не тільки першою допомогою, але й поступовно поширювати окремі види меддопомоги безпосередньо на самому підприємстві, до тогож зробивши їх максимально доступними та найбільш ефективними.

2. На великих підприємствах розгорнути медико-педологічні пункти для всебічного обслуговування шкіл фабвавучу та політехнічної школи, що наближується до підприємства.

3. Роботу щодо систематичного санітарного догляду стану громадського харчування на підприємствах та щодо поліпшення роботи ясел, вважати за основну в діяльності районної медорганізації, намагаючись, щоб харчові лікарі та лікарі охматдиту основну увагу приділяли виробництву та потребам робітників.

4. Наблизити до виробництва роботу з саносвіти та фізкультури, включивши до цієї роботи також функції щодо організації колективного здорового робітничого відпочинку, наблизити самі форми відпочинку до нових форм праці та побуту соцзмагання, ударництва, виробничих комун, побутових комун тощо), звернувши при цьому особливу увагу на організацію будинків відпочинку п'ятого дня і позаміських, туристських та фізкультурних баз.

5. Щоб домогтися єдности в обслуговуванні підприємств всіма медсилами й максимально ув'язати це з діяльністю органів праці на підприємствах та за участю всіх медсил, на підприємстві повинні опрацювати конкретного єдиного пляну всебічного обслуговування потреб робітників з тим, щоб всіляко забезпечити ці потреби (профдобір, профконсультація, профорієнтація, санітарний догляд, санітарна охорона праці, обслуговування ясел, догляд харчування тощо). Треба притягти до цієї справи всі медсили так самого підприємства, як і медустанов, що є в даному районі. Всі заявки та вимоги до господарчих органів треба запроваджувати абсолютно погоджено.

6) Щоб забезпечити всебічне єдино-погоджене обслуговування всіх підприємств району — єдині диспансери, а де їх немає — то поліклініки, повинні за участю органів праці, профорганів, кооперації, спираючись на широку ініціятиву КОПІП'ів, здоровосередків та добровільних товариств опрацювати єдиний плян обслуговування підприємств (медобслуговування, профдобір та профконсультація, ясла тощо).

Ініціятивна роля в цій справі повинна належати профзахбюрові та диспансерам ОЗДП, що погоджують справу з органами праці.

7. Єдности та погоджености треба за всяку ціну домогтись і в науковій праці, для чого наукові краєві інститути гігієни та патології праці повинні, складаючи свої пляни,ураховувати те, що на наукові інститути Наркомпраці покладено величезне завдання щодо розгорнення роботи в галузі економіки праці, а на інститути Наркомздоров'я в основному покладається поширення всіх наукових проблем, зв'язаних з гігієною та патологією праці.

Пляни інститутів гігієни та патології праці треба надсилати до сектора науки НКОЗ, що він їх погоджує в Наркомпраці.

Отже, Наркомздоров'я зможе виконати соціяльне замовлення НКПраці в галузі гігієни та патології праці, а НКПраці зможе забезпечити єдиним пляном наукову роботу всіх відомств в галузі праці, подаючи його на затвердження вищих урядових організацій.

НКОЗ звертає вашу увагу на те, що постанова сесії ЦВК СРСР дає підставу ліквідувати всі окремі непорозуміння, що були до цього часу на місцях між органами праці та охорони здоров'я. Цією постановою розширюється функції органів охорони здоров'я в справі обслуговування потреб підприємств, причому в одночас забезпечується повну погодженість з органами Наркомпраці.

Головне тепер — це розширити роботу, поліпшити якість та домогтись єдности та погоджености щодо обслуговування всіх потреб підприємств та робітників.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

(Лист НКОЗ № 555-10-36 з 28 січня 1930 р.)

44. Про роботу в галузі упорядкування місць, де розташовані військові містечка

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів і міськрад. Копія до НКОЗ АМСРР

НКОЗ пропонує підчас переведення робіт в галузі впорядкування населенних місць, а також розроблюючи плян цих робіт самим уважним чиномураховувати інтереси упорядкування місць, де розташовані військові містечка, або окремі військові касарні.

Особливо це стосується до основних видів впорядкування, як утворення водогонів, каналізації, організація вивозу сміття, розвиток зелених садінь і т. інш.

Треба притягти до обговорення цих питань в сантехрадах та інших органах представників місцевих військово-санітарних і військово-будівельних органів і взагалі щільно зв'язатися з ними для погодження, в інтересах оздоровлення залюдненого місця в цілому тих робіт, що провадять військове відомство і місцеві комунальні і господарчі органи.

Треба домогтися того, щоб роботи, зв'язані з впорядкуванням районів, де розташовані військові частини — залічувалися б до пляну першочергових робіт комунального господарства.

Санітарний догляд НКОЗ повинен брати обов'язкову участь у виборі місць під розташування нових військових містечок, касарень і т. інш.; вибираючи такі місця треба стежити, щоб коло них не було джерел забруднення повітря, забагнености, що викликає загрозу малярійних захворувань, щоб було забезпечено постачання доброякісною питьовою водою і щоб рельєф місцевости дозволяв улаштування каналізаційних споруджень і т. інш, а також все те, що полягає за основу для вибору місця під житловий район.

Військове санітарне управління РККА і собі теж дало наказ за № 255 від 22-XII 1930 р. про встановлення військово-санітарними органами зв'язку з місцевими органами охорони здоров'я для спільного запровадження роботи щодо впорядкування районів перебування військових частин.

Цій роботі місцеві санітарні органи повинні надати пильну увагу.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Заст. керівника сектора науки **Трахтман**

(Об. розп. НКОЗ з 1 лютого 1931 р. ч. 434-16).

Затверджено на засіданні Колегії НКОЗ 27 грудня 1930 року.

45. ПОЛОЖЕННЯ

про санітарно-харчових лікарів

1. Санітарно-харчовий лікар є санітарний лікар — фахівець у галузі соц. гігієни та гігієни харчування, організації й постановки догляду та контролю за справою здорового народнього харчування і харчової промисловости.

2. На санітарно-харчових лікарів покладаються завдання організації та переведення заходів щодо раціоналізації і оздоровлення народнього харчування та брати участь у соціялістичній реконструкції його.

3. Свою роботу санітарно-харчові лікарі переводять на підставі існуючого законодавства.

4. До діяльности санітарно-харчових лікарів належить:

а) організувати та переводити заходи щодо оздоровлення окремих галузей народнього харчування;

б) охороняти населення від негідних, зіпсованих, фальсифікованих, шкідливих для здоров'я, харчових продуктів, напоїв та вкусових речовин;

в) брати участь у розробці, організації та переведення заходів щодо раціоналізації та соціялістичної реконструкції народнього харчування;

г) брати участь у роботі радянських, кооперативних, професійних та громадських організацій і розробляти спільно з ними питання щодо організації народнього харчування та постачання харчових продуктів;

д) притягти громадську самодіяльність та робочу контролю до справи раціоналізації і оздоровлення народнього харчування, висвітлювати ці питання в пресі та переводити саносвітню роботу.

е) організувати та переводити попередній та поточний санітарний догляд місць виготовлення, обробки, хоронення, транспортом, відпуском та споживання харчових продуктів та підприємств громадського харчування відповідно до існуючого законодавства.

Примітка: 1. Для переведення цієї роботи використовуються пом-ан-лікарі, які працюють під керівництвом санітарно-харчових лікарів, а також притягуються й інші санітарні лікарі.

2. В тих місцях, де нема санітарно-харчових лікарів, або де їх недосить, санітарних лікарів взагалі використовується, як санітарно-харчових лікарів.

ж) наглядати за виконанням обов'язкових постанов у галузі харчування.

з) робити виємки проб харчових продуктів, напоїв та смакових речовин для аналізи у відповідних ляборато́ріях;

і) доглядати правильне переведення періодичних медичних оглядів робочих і службовців у харчових підприємствах, згідно з існуючим законодавством;

к) переводити та брати участь у переведенні спеціяльної протиепідемічної роботи щодо боротьби з інфекціями шлунково-кишкового характеру;

л) брати участь у розгляді завдань та проєктів будівництва харчових підприємств та давати висновки і зауваження по них;

м) переводити обслідування харчових отруєнь та заходи боротьби з ними, згідно з існуючим законодавством;

н) керувати роботою санбакляборатори́й у галузі харчування;

о) брати участь у раціоналізації та оздоровленні лікарняного та санітарного харчування та мати санітарний догляд за ним;

п) організувати дієтичне харчування трудящих, брати участь у розгорненні мережі дієтдиспансерів та розвинення дієтхарчування в мережі громадського харчування;

р) організувати та брати участь у роботі по вивченню окремих галузей народнього харчування;

с) сприяти підготовці кадрів у галузі харчової справи.

5. Санітарно-харчові лікарі користують з усіх прав, що дані санітарним лікарям законом про санітарні органи республіки, і постачаються з відповідного відкритого листа,

6. Санітарно-харчові лікарі входять до складу санітарних станцій, а де їх нема — до складу секції охорони здоров'я й райздоровінспектур та підлягають безпосередньому керівництву за належністю.

7. Санітарно-харчові лікарі переводять свою роботу контактуючи її з іншими медично-санітарними робітниками та організують активну самодіяльність пролетарської громадськости, фабзавкомів, виробничих нарад, крамкомів, столкомів, КОПІП'ів, інших громадських організацій.

Затвердив: за Наркомздоров'я —
чл. колегії **Л. С. Туркельтауб**
10 лютого 1931 року

46. ІНСТРУКЦІЯ

про відкриття та санітарне утримання одноденних пунктів для прийому утильсировини

Щоб розширити роботу щодо зміцнення збору утильсировини, дозволяється відкривати спеціяльні одноденні пункти приймання її від населення в межах міста за такими умовами:

1) одноденні пункти призначаються лише для приймання утильсировини від здавальників протягом дня;

2) утильсировину з приймальних пунктів заготувачі повинні вивезти власними силами й заходами ще до наступу ночі за місто в спеціяльні склепи утильсировини, що їх відкрито за дозволом сандогляду та встатковано згідно з чинним законодавством;

3) одноденні пункти дозволяється відкривати лише після того, як сандогляд провів попередній огляд їх та фактично виконано всі вимоги, запропоновані підчас огляду.

4) одноденні пункти щодо їхнього санітарного стану повинні задовольняти такими вимогами:

а) пункти повинні мати: непроникливий дах, непроникливу підлогу та добре вентилюватись через відповідні відтулини. Приміщення, що збудовані з дерева повинні бути з добре оструганих і щільно збитих дошок.

б) після вивозу утильсировини приміщення треба старанно прибирати, мити і періодично білити розчином хлорної вапни, дезінфекуючи за вказівками сандогляду,

в) утильсировину, що її одержують по пунктах, треба старанно охороняти від тварин та комах. Пацюків, мишей та мух треба знищувати всіма засобами, а вікна на пунктах повинні мати сітки для захисту від мух,

г) двори, де розташовані одноденні пункти, повинні утримуватися в чистоті, і все дворове сміття потрібно держати в слитьовій скрині, улаштованій згідно з вимогами сандогляду,

д) перевозки утильсировини в одноденних пунктах треба робити на спеціяльних підводах у щільних лантухах або паках. Тваринну утильсировину можна перевозити не пакуючи, але щільно накривати зверху брезентом,

е) приймання утильсировини в місцевостях, оголошених за небезпечні на епідемії та епізоотії, припускається тільки за спеціяльним дозволом санітарного та ветеринарного догляду.

Погоджено з Держторгом **Мазін**

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

47. Про переведення оздоровних заходів серед допризовної та призовної молоді

До всіх райвиконкомів (РСІ), міськрад (секцій охорони здоров'я)

Копія до Наркомздоров'я АМСРР

Одним із істотних факторів, що сприяють збільшенню кількости боєздатних контингентів армії, є систематичне переведення лікувально-профілактичних заходів сдрвд молоді, що проходить допризивну підготовку та підлягає черговому призову на дійсну військову службу.

Тимчасом досі ця лікувально-профілактична робота, що переводять на місцях громадянські організації охорони здоров'я щодо допризивників та належних призову до РСЧА, не набула ще потрібного розміру й не дає бажаних наслідків. Виявлювані підчас призову захворування серед молоді, а значить і звільнення через них від військової служби, стоять за останні роки майже на одному рівні, при тому в значній мірі коштам таких захворувань, як-от: нашкірні та венеричні захворування, гнойове запалення середнього вуха, очні захворування й зокрема початкові стадії трахоми, хронічний апендицит, кили й т. інш., — тобто таких захворувань, що здебільша можуть протягом недовгого часу вилікуватися. І коли б хворі з оцими захворуваннями своєчасно проходили лікування, то вони б могли здати я до військової служби.

Момент, що його переживає зараз країна, вимагає від органів охорони здоров'я особливо уважного та пильного ставлення до переведення оздоровних заходів серед молоді й, оскільки справа йде про посилення обороноспроможности країни, це завдання слід розглядати; як ударне з відповідними методами роботи. До наступного призову й надалі доконче

треба добитися, щоби крива визнаних за безумовно здатних до військової служби круто піднеслась угору принаймні коштом хоча-б таких хворих, лікування яких протягом короткого часу може дати позитивний ефект.

Отже, Наркомздоров'я, за погодженням з військово-санітарною управою УВО, пропонує з цією метою лікувальним та лікувально-профілактичним установам:

1) Вжити відповідних заходів до якнайширшого охоплення лікувально-профілактичної оопомогою тих, що потрібують цієї допомоги з числа допризивників та належачих черговому призову (так новобранців, як і відсарочникіе), а також визнoних за минулих призовів за здатних до служби на воєнний час, забезпечивши в першу чергу лікуванням хворих нашкірними та венеричними захворуваннями, запаленням середнього вуха, очними хворобами й зокрема, мрахомою та подаючи новідмовно хірургічну допомогу хворим хронічним апендицитом, килами, почечуєм тощо.

2) Взяти на особливий облік лікувально-профілактичних установ допризовників, що потрібують того, або інп ого лікування, чи систематичного лікарського спостереження, і мати їх під постійиим наглядом.

3. Приділити особливу увагу переведенню поголовного попереднього медичного освідування призовних контингентів за обіжниками Наркомздоров'я з 1 січня 1930 року ч.—68 л/п і забезпечити цим обслідуванням безумовно ввесь контингент чергового призову.

Відомості про призовників та відстрочників, а також про визнаних кілька минулих призовів за здатних до служби на воєнний час, слід за власною ініціятивою одержати від відповідних військоматів.

Для сприяння в переведенні оздоровних заходів серед допризивної молоді, треба домогтися певної уваги до цієї справи від партійних, комсомольських та професійних організацій на місцях.

Райздоровінспекторам та секціям охорони здоров'я міськрад стежити за фактичним переведенням в життя цього обіжника й переводити час від часу перевірку виконання його підлеглими їм лікувальними та лікувально-профілактичними установами.

Заст. Народнього Комісара Охорони Здоров'я УСРР **Кустелян**

Начальник військово-санітарної управи УВО **Рапопорт**

(Об. розп. НКОЗ та ВСУУВО з 15 лютого 1931 р.)

48. Про обслідування призовної молоді на туберкульозу

До всіх РВК та міськрад (РЗІ та секцій охорони здоров'я)

(Окремо не надіслано)

Щоб запобігти попаданню до лав армії туберкульозних хворих, Військово-санітарна Управа РСЧА поставила питання перед Наркомздоров'я Союзних республік про переведення відповідних запобіжних заходів у цьому напрямку за допомогою громадських організацій охорони здоров'я.

Питання про боротьбу з туберкульозою в Червоній Армії базується насамперед на правильному відборові в призовних комісіях, до яких ставиться сувора вимога — дати армії повноцінний щодо психофізичного стану склад. Чинна в РСЧА інструкція щодо медичного освідування

та розпис хвороб дають цілу низку практичних вказівок для керування підчас визнання здатности до військової служби. Радянське законодавство, покладаючи відповідальність за неправильне звільнення від військової служби, розглядає разом з тим, як карний злочин, прийом до лав армії нездатних до служби в ній за станом здоров'я, маючи на увазі, що цим спричиняється серйозна шкода так державі, як і самому призивникові.

Призовна компанія, таким чином, глибоко проймає інтереси держави та трудящих, покладає на громадські органи охорони здоров'я велику відповідальність, вимагаючи від них активної участи в справі комплектування Червоної Армії.

Щодо виявлення туберкульози, призовні комісії провадять по змозі пильний відбір. Але, не зважаючи на це, за даними Військово-Санітарної Управи РСЧА до армії проникає все-таки така кількість туберкульозних, що це вимагає вжити запобіжних заходів.

Наркомздоров'я УСРР вважає, що громадська сіть туберкульозних установ на Україні повинна допомогти військово-санітарній організації й передусім в роботі щодо набору до армії тубдиспансери освідомлятимуть про хворих туберкульозою призовників, за правильної постанови справи це може значно полегшити роботу призовних комісій. Якщо взяти на увагу неможливість в богатьох випадках встановити діягнозу за одноразового огляду, стане цілком ясною особлива пінність участи в цій роботі тубдиспансерів.

Ураховуючи безумовну потребу досвідченого обслідування на туберкульозу призовників туборганізацією, Наркомздоров'я за погодження з Військово-Санітарною Управою УАО додатково та на розвиток обіжників з 10-І 1930 року ч. 68-лп та з 30-XII 1930 р. (бюлетень № 1 — 1931 р.) пропонує таку форму цієї роботи покищо тільки щодо перегляду призовників.

1) Військомати та військово-облікові органи заздалегідь ще до призову, беручи на облік молодь чергового призовного віку (в січні — лютому), роздають кожному призовникові на руки „медичну картку призовника", з якою вони потім повинні обов'язково відвідати громадські лікувальні або лікувально-профілактичні установи для відміток про стан здоров'я.

Тубдиспансер та тубвідділи при єдиних диспансерах повинні в даному разі проявити за власною ініціятивою активність, щоб максимально охопити оглядом призовників свойого району. Щоби не пропустити когось без огляду, слід запитати від відповідних військоматів пойменні списки призовників і за цими списками викликати на огляд організувавши перегляд так, щоб протягом часу, що лишається до призову, перепустити ввесь призовний контингент.

2. Для сприяння акуратній явці до диспансеру всіх призовників домогтися уваги до цієї справи від профорганізацій. Соцзмагання між завкомами, місцкомами, оздоровосередками під гаслом „100% призовників підприємства повинні пройти через тубдиспансери", — широка санітарноосвітня робота, — оце все допоможе дійти мети — дати найкращий відсів туберкульозних хворих підчас набору до армії.

3. Оглядати призовника, диспансер повинен обов'язково використати ввесь арсенал діягностичних метод дослідження, що є в його розпорядженні) з неодмінним рентгенівським обслідуванням та аналізою харкотини).

4. Висновок у „медичній картці призовника" диспансер помічає тільки, як певну діягнозу з коротенькими об'єктивними даними, не зга-

дуючи зовсім питання про здатність до військової служби, бо це належить цілком компетенції призовної комісії.

Огляд призовників диспансерам треба розпочати негайно після того, як на місцях буде одержано цей обіжник.

Відповідальність перед РСЧА щодо обов'язків, що покладаються тепер на туборганізацію, вимагає якнайбільшої уваги до цієї ланки її роботу, яка повинна надалі стати постійною, органічною часткою всієї її роботи, оскільки охорона здоров'я армії є такий самий обов'язок громадських органів охорони здоров'я, як і охорона здоров'я робітників та трудящих.

За Народнього Комісара Охорони Здоров'я УСРР **Туркельтауб**

Начальник Військово-Санітарної Управи УВО **Рапопорт**

(Спільн. лист НКОЗ та ВСУУВО з 12 лютого 1931 р.)

49. Про комплектування військових шкіл

До всіх Райвиконкомів (РЗІ) і міськрад

Копія до Наркомздоров'я АМСРР

За відомостями Військово - санітарної Управи УВО попередній медичний відбір вербувальними комісіями на місцях кандидатів до військових шкіл має цілком незадовільні наслідки. Бракування через стан здоров'я відряджуваних комісіями кандидатів досягає підчас прийому до військових щкіл дуже значного розміру. Особливо негаразд стоїть справа з попереднім медичним відбором кандидатів по промислових районах, де за останнього комплектування військових шкіл було забраковано шкільними виїзними приймальними комісіями 40,52% через невідповідний стан здоров'я.

Таке явище свідчить про те, що громадянські лікувальні та лікувально-профілактичні установи й окремі лікарі, що приймають участь у вербувальних комісіях, ставляться недосить уважно до безумовно важливої та серйозної справи відбору кандидатів до військових шкіл — цих виховників майбутніх командирів РСЧА. Спостерігаються випадки, коли визначаються за здатніх до навчання у військовій школі туберкульозні хворі, хворі з органічними вадами серця, килами, гнойовим запаленням середнього вуха, трахомою, з недостатньою гострістю зору.

Щоб запобігти надалі цьому неприпустимому явищу, що надмірно утрудняє комплектування військових шкіл, Наркомздоров'я пропонує:

1. Райздоровінспекторам та секціям охорони здоров'я міськрад, виділяючи за заявками військоматів лікарів до вербувальних комісій для запровадження медичного освідування кандидатів до військових шкіл, призначити лікарів, цілком досвідчених та кваліфікованих.

2. Лікарям, що їх буде призначено до роботи у вербувальних комісіях, ставитися до переведення медичного відбору кандидатів до військових шкіл з повною увагою та пильністю, що забезпечували б повною мірою відповідний за станом здоров'я відбір кандидатів.

3. Лікувальним та лікувально-профілактичним установам у разі, коли до їх буде напрямлено для спеціяльного обслідування кандидатів до військових шкіл, переводити таке обслідування невідмовно та поза чергою, подаючи до вербувальних комісій достатні об'єктивні дані обслідування, а не обмежуючись тільки одною діягнозою.

Про обмеження вживання опію та опійних алькалоїдних препаратів

(Розіслано всім секціям охорони здоров'я міськрад, міжрайонним фармінспекторам, МСУ на транспорті та філіям ВАУ. Копія: до НКОЗ АМСРР та ЦК УЧХ)

Шоб забезпечити в медичній практиці економне та доцільне використання опію та опійних алькалоїдів і препаратів, Наркомздоров'я вважає за потрібне вжити низку таких заходів:

1. Вживання опію та опійних алькалоїдів і препаратів дозволяється надалі лише в дійсно невідкладних випадках швидкої допомоги та підчас захорувань, за яких окремі застосовування цих речовин абсолютно показані. Наявність вказаних факторів лікарі повинні стверджувати на кожному окремому рецепті написами: „Нацессітас", та на виключні випадки „Цито". Без таких поміток аптекам належить рецепти з вищезазначеними речовинами для готування не брати.

2. Припинити виписування зазначених речовин по окремих рецептах в суміші з іншими ліковими речовинами (складні рецепти) та вживати їх надалі лише „Персе" (наприклад: тинктура опії) або в суміші лише з невтральними речовинами, що потрібні для забезпечення певної дозировки даного препарату або алькалоїда, як: вода, цукер для порошків тощо.

Примітка: Як виняток, дозволяється відпускати скополямін з морфієм у психіятрічній практиці.

3. Відпуск з аптек опію та опійних алькалоїдів і препаратів переводити мінімальними кількостями, а саме для вживання не більш, як на чотирі рази (4 пор., 4 ампули тощо).

Примітка: 1. Госпрозрахункам аптекам за повторні платні й підписані лікарями рецепти зі зазначеними речовинами належить стягувати лише 25% такси й ляборум, що її встановлено за аптекарською таксою НКОЗ для даного рецепту.

Примітка: 2. По лікустановах треба забезпечувати чергового лікаря належною кількістю зазначених речовин з тим, щоб використання таких зі максимальною економією та лише в невідкладних випадках переводилось за персональною відповідальністю даного чергового лікаря.

4. Відпускати тинктуру опії бензоїка ручним продажем в одні руки не більше, як до 10 грамів.

5. Дозволяти аптекам, залежно від їхніх запасів, замінювати в рецептах кадеїнум фосфорикум на кодеїнум муріятикум.

6. Звернути увагу лікарів на потребу поширити вживання ними в свої практиці засобів, що можуть в окремих випадках замінювати опій та опійні препарати й алькалоїди, як наприклад: екстр. белядоне, гіосціамі тощо.

Про всі вищенаведені заходи належить своєчасно сповістити всіх лікарів кожного окремого району та міста через спеціяльні повідомлення.

Міжрайонним фармінспекторам НКОЗ пропонується мати постійний нагляд за виконанням місцями вказаних у цьому обіжникові директив НКОЗ та своєчасно повідомляти Наркомздоров'я про всі випадки, що перешкоджуватимуть неухильному переведенню цих директив НКОЗ у життя.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Заст. кер. групи фармсправи **Ліфшиц**

(Об. розп. НКОЗ з 19 січня 1931 р. ч. 16-351)

4. Переводячи медичне обслідування, керуватися неухільно чинним у РСЧА розписом хвороб (гр. VIII) та спеціяльними вказівками щодо розподілу за станом здоров'я прийнятих на військову службу по різних родах війська за спеціяльністю (положення ці вимагати для користування у відповідних військоматах).

5. Освідування проводити таким порядком, щоб це було пропущено в освідованого без огляду жодного органу та системи (як підчас призову).

6. Для виявлення можливих дефектів з боку нервової системи та органів зору й слуху, а також хірургічних недоліків — переводити обслідування кандидатів у цьому напрямку по змозі у відповідних лікарів-спеціялістів.

7. Кандидаток-жінок поряд загального медичного огляду переводити в усіх випадках через обслідування гінеколога за спеціяльністю.

8. Кожному кандидатові, що його буде визнано за станом здоров'я за здатного до вступу до військової школи, обов'язково видавати на руки довідку, зазначаючи в ній: 1) дані антропометричних вимірів, 3) дані медичного освідування (про стан внутрішніх органів — легені, серце, шлунково-кишковий тракт, про відсутність хірургічних недоліків, про стан нервової систєми та органів зору й слуху) й 5) висновок: „здатний до вступу до (зазначити спеціяльність) військової школи".

Заст. Народнього Комісара Охорони Здоров'я **Кустелян**

Начальник Військово-Санітарної Управи УВО **Рапопорт**

(Спільний об. лист НКОЗ та ВСУУВО з 9 лютого 1931 р. ч 16-310-47).

50. Про запровадження двозмінної роботи в лікустановах

До всіх райвиконкомів (Р.З.І.) і міськрад (секцій О. З.). До всіх М. С. У. на транспорті

Копія до НКОЗ АМСРР

Не зважаючи на багаторазові вказівки Наркомздоров'я про перевід роботи лікустанов, що обслуговують застрахованих, зокрема в промислових районах, на 2 зміни (ранковий і вечірній прийоми) та пристосування роботи лікустанов до умов виробництва й задоволення потреб застрахованих в меддопомозі в неробочі часи, в деяких місцях лікустанови ще не перебудували в такій спосіб своєї роботи.

Наркомздоров'я востаннє пропонує негайно усунути це та перевести роботу лікустанов на дві зміни.

Заст. Наркомздоров'я — кер. мед. сан. сектора **Кустелян**

Ст. інспектор міст та промисловости **Радченко**

(Об. розп. НКОЗ ч. 2-ЛП з 3 лютого 1931 р.)

Затвердила: Заст. Наркомздоров'я **М. Кустелян**
14 січня 1931 р.

51. Положення про станції швидкої допомоги

1. Щоб надавати населенню першу негайну допомогу за нещасливих випадків та раптових захворувань, в усіх великих містах та в місцевостях зі значним скупченням населення організуються станції швидкої допомоги.

2. Станції швидкої допомоги організуються органами охорони здоров'я та перебувають у віданні НКОЗ.

3. На чолі станції швидкої допомоги стоїть завідатель, якого призначає міськрада та райвиконком.

4. Відповідальність за стан і діяльність станції швидкої допомоги покладається з завідателя станції, міськраду або райвиконком.

5. Станції швидкої допомоги існують за місцевим бюджетом. Кошторис складає завідатель станції, а затверджує райвиконком або міськрада.

6. Станції швидкої допомоги організується в усіх містах та інш. місцевостях з кількістю населення понад 50.000.

В усіх інших місцях зі значним скупченням населення організуються при поліклініках круглодобові чергування лікарів з транспортом, що діють за інструкцією про роботу станцій швидкої допомоги.

7. Станції швидкої допомоги здійснюють свою роботу, виїжджаючи на місце випадку, де надають першу допомогу та транспортують хворих до лікустанов.

8. Станція швидкої допомоги обслуговує все без винятку населення встановленої території безкоштовно.

9. Прийом лікустановами хворих, яких привозять карети швидкої допомоги, провадиться безвідмовно.

10. Станції швидкої допомоги обслуговуються виключно автомобільним санітарним транспортом за спеціяльним розробленим НКОЗ стандартом.

Примітка: До повного вкомплектування станцій автотранспортом — припускається користування кінською тягою.

11. Кількість автомашин встановлюється відповідно до кількости населення даного місця з такого розрахунку: до 50 тис. чол. — 1 добова чергова одиниця, з 50 тис. до 100 тис. чол. — 2 добові черг. од., з 100 до 200 тис. 3 доб. чергові од. і т. д. на кожні 100.000 населення 1 добова чергова одиниця.

Примітка 1: Кожна чергова одиниця має дві автомашини зі штатом протягом доби: 1 лікар, 1 шофер, 2 санітари.

Примітка 2: Кожна станція має ще додатково до основної кількости автомашини — 25% резервних для заміни тих машин, що їдуть на ремонт.

Примітка 3: При станції швидкої допомоги з кількістю автомашин більш 10, треба мати майстерню для поточного ремонту.

12. Робітники станцій швидкої допомоги повинні носити підчас роботи встановлену форму, за зразком, розробленим НКОЗ.

13. Станції швидкої допомоги як правило повинні міститися в окремих, ізольованих приміщеннях. Тип приміщень розроблюється НКОЗ.

Примітка: Відсутність ізольованих або типових приміщень не повинна перешкоджати існуванню або організації ст. швидкої допомоги.

14. Станції швидкої допомоги діють за інструкцією, що її розроблює НКОЗ.

ІНСТРУКЦІЯ

про порядок роботи станцій швидкої допомоги

1. Станція подає першу негайну допомогу вдень та вночі за нещасливих випадків або за несподіваних захворувань. що трапилися позаприватними приміщеннями, цебто: на вулицях, майданах, фабриках заводах, установах та по всіх місцях громадського скупчення.

Примітка 1: До нещасливих випадків належать: тяжкі уранення, викликані різними катастрофами, вогнепальною та холодною зброєю, падіння з висоти, всі хемічні та теплові опалення, поразки електричним током та блискавкою, удушення, отруїння газами та всі випадки самогубства.

Примітка 2: До несподіваних (раптових) захворувань відносяться великі кровотечі: уразові, з горлянки, носа, шлункові, всі види несправжньої смерти, сердечні припадки, апоплектичні удари, пологи, що розпочалися поза межами кватир, та взагалі всі рацгові захворювання, що трапилися по вищезазначених місцях.

2. До приватних помешкань станція виїжджає в усіх нещасних випадках, що перелічено в п. 1 примітка 1 та за несподіваних випадків, що загрожують життю людини та вимагають негайної допомоги, цебто значні кровотечі, апоплектичні удари та всі випадки, що за вимогою лікарів потрібують негайного оперативного втручання.

3. Станція не виїжджає до хронічних, інфекційних та психічних хворих, а також до п'яниць.

4. Станція не подає допомоги тому хворому, якому вже подав медичну допомогу лікар, якщо в стані хворого не настало погіршання.

5. Територія діяльности станції швидкої допомоги визначається обов'язковою постановою міськради або райвиконкому.

6. Станція швидкої допомоги обслуговує все без винятку населення встановленої території, безкоштовно.

7. Швидку допомогу може викликати кожний громадянин,

8. Особа, що викликає карету швидкої допомоги, повинна відповісти на запитання, а саме: хто викликає — прізвище, ім'я, адреса, № телефона, назва вулиці, № будинку, помешкання, що саме трапилось, чи був лікар і чекати на відповідь станції: „їдемо, зустрічайте" або „не їдемо".

9. Після подачі негайної допомоги хворого транспортується виключно за вказівками лікаря станції.

10. Супроводити хворих близькими йому особами в кареті швидкої допомоги дозволяється лише за виключних випадків і за дозволу лікаря.

11. Лікарі швидкої меддопомоги, надавши першу допомогу, хворого не лікують, рецептів не виписують, не видають лікарських листків і на місці нещасливого випадку довідок не дають.

12. Судово-медичної експертизи станція швидкої допомоги не переводить.

13. За свідомі фалшиві виклики швидкої допомоги тих, що викликають, притягається до адміністративної та кримінальної відповідальности за актом, що його складають лікарі швидкої допомоги.

14. Карети швидкої допомоги мають свої відмітні ознаки, встановленого зразку.

Персонал станції має встановлену певну форму.

Інструкцію затвердив Нарком охорони здоров'я **С. Канторовіч**
24-I 1931 р.

52. Про порядок відрядження хворих до міжрайонних лікустанов

(Окремо не надіслано)

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад, до всіх райздоровінспекторів

До Наркомздоров'я звертається багато районів із запитанням про порядок відрядження хворих до міжрайонних лікустанов.

Наркомздоров'я вважає на недоцільне встановлювати для всіх районів, що відрізняються один од одного місцевими умовами, єдину інструкцію й надає тут тільки примірну інструкцію, що її потрібно покласти в основу при складанні місцевих інструкцій про порядок відрядження хворих до міжрайонних лікустанов. Такі місцеві інструкції складається органом охорони здоров'я місця розташування міжрайонних лікустанов за погодженням з прикріпленими до них районами. Складені інструкції бажано надіслати до НКОЗУ для ознайомлення.

Примірна інструкція про порядок відрядження хворих до міжрайонних лікустанов

1. Хворих з районів надсилається до міжрайонних лікустанов лише в випадках неможливости (за висновком консиліума, або головлікаря медустанови (надання хворому відповідної допомоги на місці або в районному центрі.

2. Міжрайонні установи встановлюють для амбуляторних хворих, яких відряжається до них, та за участю прикріплених до них районів, певні дні прийому та кількість хворих на кожний день для кожного району окремо. Встановлений порядок затверджує орган охорони здоров'я місця розташування міжрайонних лікустанов та надвилає до відповідних районів.

3. Відрядження з районів хворих на стаціонарне лікування до міжрайонних лікустанов проводиться виключно за попереднім запитанням до тої лікустанови, до якої бажано хворого відрядити.

4. Відряджуючи хворого до міжрайонної лікустанови, райони повинні одночасно з хворим надсилати історію хвороби, наслідки лябораторних та рентгенівських досліджень та ясно зазначати мету відрядження.

5. Повертаючи хворого до свого району, — міжрайонна лікустанова повинна надати хворому свій висновок щодо стану його здоров'я, діягнозу та методу дальшого лікування.

6. Всі відрядження хворих до міжрайонних лікустанов провадяться через райздоровінспектора. Залежно від місцевих умов (віддаленість меддільниці від районного центру,

незручний зв'язок тощо) райздоровінспектор може доручити тій або іншій меддільниці безпосередньо відряджати своїх хорих до міжрайонних лікустанов, попередивши про це останні.

7. Відряджуючи хворих до міжрайонних лікустанов — райони повинні додержуватися клясового принципу, відряджаючи в першу чергу робітників, зокрема важкої промисловости, батраків, бідняків та членів колгоспів.

8. Райони повинні сповістити населення, що осіб, які звертаються до міжрайонних лікустанов самотьоком, там прийматися не буде, а також і про те, що міжрайонні лікустанови ніяких грошей надісланим з районів хворим не сплачують.

9. Меддопомога так амбуляторна, як і стаціонарна, надається міжрайонними лікустановами безкоштовно.

10. При відрядженні на лікування до міжрайонних лікустанов хворих-застрахованих райздоровінспектура або меддільниця сплачують хворим проїзні гроші в 2 кінця в розмірі вартости залізничого квитка, в разі потреби — вартість підводи, добові — розміром 1 карб. на добу, кватирні — залежно від місцевих умов за нормами, що їх встановлює РВК. Добові й кватирні сплачується на термін залежно від потреби, але не більш, ніж за 5 днів (враховуючи сюди й дорогу).

11. При відрядженні на лікування до міжрайонних лікустанов хворих селян райздоровінспектори або меддільниця сплачують хворим тільки вартість залізничного квитка в 2 кінця.

12. За наявности в місці розташування міжрайонних лікустанов гуртожитку для хворих, — хворі, яких надсилається з районів, користуються з цього гуртожитку (так застраховані. як і селяни безкоштовно і в такому разі застрахованим кватирні гроші не сплачується.

13. У разі потреби вкупі з хворими відрядити й поводирів — останнім сплачується гроші нарівні з хворими (§ 11 і 12).

14. Райони за кошторисами на здоровоохорону повинні передбачити відповідні кошти на відрядження до міжрайонних лікустанов так застрахованих, як і селян. При чому для селян — членів колективів слід намагатися, аби відповідні колективи сплачували за свій рахунок добові та кватирні.

15. Райони, що їх прикріплено до міжрайонних лікустанов, повинні суворо додержуватися встановленого порядку надсилки хворих на амбуляторне й стаціонарне лікування до міжрайонних лікустанов.

16. Виняткн з встановленого порядку відрядження хворих до міжрайонних лікустанов припускається лише в випадках, коли хворому потрібно надати термінову допомогу, що її на місці надати неможливо (невідкладна операція, нещасні випадки, кровотеча), коли райони можуть надсилати хворих поверх норми та без попереднього запитання.

17. У разі внесення у встановлений порядок відрядження хворих будь-яких змін міжрайонна лікустанова повинна своєчасно сповістити про зміни всі райони, що до неї прикріплено, через свій місцевий орган охорони здоров'я.

Заст. Наркомздоров'я — керівник медсансектора **Кустелян**

Інспектор спецвидів допомоги **Граєвський**

(Об. розп. НКОЗ з 1 лютого 1931 р. ч. **3** — ЛП).

53. Про пільги робітникам міліції щодо курортно-санаторного лікування

(Окремо не надіслано)

До всіх міськрад (секцій О. З.), до всіх райвиконкомів (РЗІ), до всіх курортових управлінь українських курортів

За постановою ВУЦВК'у та РНК УСРР з 5 квітня 1930 р. особистому складові Роб. Сел. міліції УСРР надано пільги, що належать військслужбовцям РСЧА в галузі охорони здоров'я.

На підставі арт. арт. 104 та 106 Кодексу „про пільги військслужбовцям РСЧА" (Зб. Закон. СРСР 1930 р. № 23, арт. 253) військслужбовці рядового та командного складу РСЧА та їхні родини користують з права лікування за власні кошти на цивільних курортах та санаторіях на найбільш пільгових умовах оплати, що їх встановлено для застрахованих робітників та членів їхніх родин.

Тому, пропонується цю пільгу поширювати і на робітників Роб. Сел. Міліції УСРР та їхні родини, надаючи їм право користувати з лікування за власні кошти на держав-

них курортах та санаторіях на території УСРР на найбільш пільгових умовах оплати, що їх встановлено для застрахованих робочих та їхніх родин, себто оплачувати курортове лікування нарівні з робітниками фізичної праці першої категорії, на виплат на 6 місяців, згідно з умовами курортових управлінь.

Заст. Наркомздоров'я **М. Кустелян**

Заст. Нач. Укр. кур. управління **Дружинін**

(Об. розп. НКОЗ ч. 16—810—49 з 12 лютого 1931 р.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про титульний список медсанбудівництва на селі

Обговоривши це питання, Колегія НКОЗ відзначила таке:

1) Загальна сума, що її асигнується за проєктом на будівництво медично-санітарних установ на селі за рахунок місцевого бюджету, становить трохи більше 4.000.000 крб., з яких на закінчення перехідного будівництва припадає 842.800 карб., а на нове — 3.158.400 крб.

2) У більшості районів, що в них запроєктовано нове будівництво, населення тепер забезпечено ліжковою допомогою так, що одно ліжко припадає на кількість населення з 2.000 до 4.500 чоловіка, тоді як пересічна забезпеченість сільського населення УСРР ліжковою допомогою становить 1.780 душ на одне ліжко.

Колегія запропонувала групі постачання на підставі затвердженого списку будівництва на селі, в частині тій, що її було розпочато минулих років, визначити, яке саме потрібні будівельні матеріяли, щоб закінчити це будівництво та вжити заходів, щоб об'єкти будівництва було забезпечено потрібними матеріялами (причому передусім реалізувати заявку на будівельний матеріял для децентралізованого будівництва).

Колегія встановила такі штандарти будівництва на селі:

а) нова лікарня не менше, як на 25 ліжок;

б) інфекційний барак не менше, як на 16 ліжок.

Отже, відповідно до цих штандартів зменшується кількість об'єктів і збільшується кількість ліжок по тих районах, де виявляється в цьому потреба.

Щодо районів, які особливо зв'язані з промисловістю, то там передбачено будівництво мінімум 2 будинків саносвіти, а в районах, найбільш епідемічних — збудувати не менше 3 санітарних станцій.

2. Про основні принципи складання бюджету місцевого фонду меддопомоги на 1931 рік

За постановою Колегії настановлення щодо бюджету місцевого фонду меддопомоги визначається так:

1) Розподіляючи приріст місцевого фонду меддопомоги, НКОЗ в першу чергу забезпечує Донбас, Криворіжжя, а також заводи, що будуються та перебувають на реконструкції. Для цього виділяється не менше 50% приросту. Великим містам, що визначаються своєю промисловістю, як Дніпропетровському, Харкову, Запоріжжю, Миколаєву, Києву, Одесі, Маріуполю надається 25% приросту. Решту напрямлюється в райони цукрової промисловости, сільсько-господарським районам для обслуговування наймитів радгоспів, а також іншим містам для забезпечення міжрайонних установ.

2) Розподіл фонду меддопомоги по районах провадиться з обліком окремих груп підприємств найважливіщих галузей важкої індустрії, для яких разом з робітничими селищами, що є при них, передбачається 100% охоплення меддопомогою. Бюджети цих районів з фонду меддопомоги розглядає та затверджує пляновий сектор НКОЗ.

3) Зважаючи на те, що в справі забезпечення Донбасу медичними кадрами чималу ролю відограють побутові питання, Колегія НКОЗ ухвалила найближчим часом домогтися від Наркомпостачання, щоб останній надіслав місцям обіжника про забезпечення медперсоналу, який працює на селі та в робітничих районах, продуктами харчування та промкрамом нарівні з учителями, або про віднесення медперсоналу до другої категорії робітників.

3. Про основні настановлення в справі боротьби з профзахворуваннями та зниження їх

Колеґія заслухала доповідь про Всеросійський з'їзд лікарів промислових районів і визнала таке:

а) На теперішньому етапі соціялістичного будівництва, в умовах напруженої боротьби за виконання промфінпляну, ударництва й соцзмагання, зниження захорувальности робітників стає найголовнішим ударним завданням всієї мережі органів здравоохорони — пунктів першої допомоги, амбуляторій лікарень, ясел, єдиного диспансеру, галузевих диспансерів та інше. За основу запровадження цієї роботи Колегія НКОЗ покладає, як і досі, якнайбільше наближення її безпосередньо до робітників підприємств. Запровадження цієї роботи повинно здійснюватися на базі конкретної активної участи робітничої суспільности підприємства.

б) Практично здійснювати зазначені заходи можливо за проведення найпростішого оперативно-сигнального обліку травматизму й захоруваности робітників, що провадять пункти першої допомоги. Пункт першої допомоги, на основі реєстрації та обліку випадків травматизму, професійних отруєнь, захорувань з тимчасовою втратою працездатности, встановлює захворування цехів, цю саму ознаку щодо професії та роботи на варстатах, спільно з робітничим активом, з відділом техніки безпеки, із санітарним лікарем та органами охорони праці запроваджує заходи на зниження травматизму, на оздоровлення цехів, професій, варстату.

Щоб забезпечити правильне запровадження цієї роботи, пункту першої допомоги належить мати конкретний плян своєї роботи, який пункт повинен домагитнсь, щоб включили його в промфінплян підприємства, в режим праці та відпочинку, тощо. Взагалі пунктові належить бути активним спільником практичного запровадження заходів оздоровлення праці, найбільшого забезпечення продукційности праці та охорони здоров'я робітників.

Зважаючи на те, що назва „пункт першої допомоги" не відповідає завданням та обсягові роботи пункту першої допомоги на підприємствах, Колегія вважає, що цю назву треба замінити на таку: „пункт охорони здоров'я на підприємстві".

4. Про роботу органів охорони здоров'я в галузі харчування

Колегія НКОЗ підкреслила велике значення справи громадського харчування, яко фактора, що сприяє виконанню промфінпляна, тісно зв'язаного зо всім процесом реконструкції народнього господарства, колективізації села та зростання нових соціялістичних форм побуту.

Отже, зважаючи на те, що на місцях в галузі поліпшення та оздоровлення громадського харчування зроблено ще надто мало, Колегія НКОЗ у своїй постанові на доповідь групи харчування склала низку директивних і практичних пропозицій (наводимо тут найголовніші).

Роботу інститутів харчування ставиться тепер на науково-консультативний та науково-практичний напрямок. Зокрема, при інститутах утворено науково-консультативні бюра в галузі харчування, щоб обслуговувати периферійні органи охорони здоров'я, кооперацію, підприємства громадського харчування та інші. Водночас інститутам харчування запропоновано якнайскоріше закінчити першочергові роботи щодо втілювання сої в народнє харчування. Колеґія звернула водночас увагу, що господарчих організацій не притягнено до справи фінансування науково-досвідних робіт в галузі харчування, через що Колеґія встановила відповідні стосунки в цій справі з Вукопспілкою та Укрхарчем.

Особливу увагу Колегія приділила справі розвинення дитячого харчування. Тепер за постановою Колегії до справи раціонального харчування здорової та хворої дитини притягнено інститути охматдиту, а група харчування НКОЗ тепер заходиться навколо опрацювання питань дальшого розгортання районних дитячих їдалень і дитячих віддділків на підприємствах громадського харчування.

Щоб забезпечити мережу дітустанов, що оце тепер розгортається, середнім персоналом, на початку 1931 року на базі інституту харчування в Харкові утворено короткотермінові курси сестер дієтетичок. Так само для підготовки помішників санітарно-харчових лікарів в Одесі та Дніпропетровському утворюється спеціяльні технікуми, а для сестер-дієтетичок такі технікуми утворюється в Харкові, Київі та Дніпропетровському.

5. Про роботу в галузі психоневрології

(Із наказу по НКОЗ № 138).

У своєму наказі Народній Комісар Охорони Здоров'я тов. Канторовіч запропонував секторам НКОЗ — медично-санітарному, кадрів і науки приділити спеціяльну увагу роботі в галузі психоневрології на базі постанов останньої Всеукраїнської наради психоневрологів та наркологів.

Зокрема, згаданий наказ зачіплює такі питання:

1) Медсансекторові запропоновано терміново розпочати організацію психоневронаркодиспансерів, насамперед по великих периферійних центрах, як в Сталині, Дніпропетровському, Луганському, Артемівському, Полтаві та інш. Психоневродопомогу, що вже існує в Харкові, Київі та Одесі реорганізувати на засадах диспансеризації.

2) Організуючи диспансери, НКОЗ зважатиме на потребу надавати певним установам міжрайонне значення, через що на утримування цих установ повинні притягуватися кошти не лише району, де міститься дана установа, але також і суміжних районів, що мають користувати з міжрайонного психоневродиспансера.

3) У місцях, де немає змоги розвинути психоневрологічні диспансери, органи охорони здоров'я мають покищо утворювати наркодиспансери, психо, невро й наркопункти.

4) Такі самі вказівки дано також секторові транспортової медицини, що має сприяти зміцненню та дальшому розвиткові психоневрологічної мережі на транспорті (насамперед на транспорті, що в Донбасі).

5) Сектор кадрів та пляновий сектор мають негайно потурбуватися про здійснення постанов наради щодо кадрів психоневрологів. Водночас розпочато плянування психоневрологічного факультету з розрахунком розгорнути факультет найближчим часом. Вже поточного року утворюється низка доцентур з психоневрологічних дисциплін по інститутах удосконалення лікарів, причому окрему увагу приділяється дисциплінам, зв'язаним із промисловою та соціяльною психоневрологією, з диспансеризацією та методикою психоневрологічної саносвіти, психотехніки тощо.

В тому самому наказі Нарком затвердив Одеський психоневрологічний інститут, як нову науково-дослідну одиницю; інститутові виділено дотацію в 15.000 карб. на науководослідну роботу.

У зв'язку з потребою мати в Харкові центральний орган у галузі психоневрології, журнал „Современная психоневрология" переведено до Харкова.

6. Справа пологодопомоги на Україні

Доповідь у цій справі, що заслухала Колегія НКОЗ, довела незадовільність стану пологодопомоги. Особливо це помічається на селі. За даними другої половини минулого року відсоток охоплення пологодопомогою села й міста не перевищує 27½. В сільському секторі цей відсоток знижується до 22%, а стаціонарну допомогу на селі діставали тільки 10,6%.

Такий стан викликав від Колегії Наркомздоров'я такі практичні пропозиції, що скеровуються на загальне розгорнення мережі пологодопомоги, насамперед по гірничих промислових районах, а на селі — передусім в соціялістичному секторі. За найдоцільнішу форму організації пологодопомоги на селі Колегія визнала утворення пологових стаціонарів на 3-5 ліжок при лікарських амбулаторних дільницях, а потім акушерських пунктів.

За пляном передбачено охопити 1931 року пологодопомогою 35% народжень, а стаціонарною меддопомогою — не менше як 22% породіль.

Зважаючи на те, що значне зростання пологової мережі вимагатиме мобілізацію великих коштів. Колегія ухвалила притягнути до витрат на розгорнення мережі до 25% коштів фондт матері-селянки не тільки в соціялістичному, але також в індивідуальному секторі села. Централізовані при райвиконкомах кошти матимуть спеціяльне призначення на розвиток пологодопомоги на селі. Так само буде притягнено на згадану потребу кошти самооподаткування, відрахування від держпозик, що призначаються на місцеві потреби.

При НКОЗ утворюється дотаційний фонд допомоги місцям, що видаватиметься на обладнання пологових стаціонарів при сільських амбуляторіях.

Таке широке розгортання мережі пологових стаціонарів, звичайно вимагає добудування спеціяльних приміщень до теперішніх, що в них містяться меддільниці. Отже, Наркомздоров'я зняв клопотання перед ВУЦВК'ом, щоб місцевим органам було запропоновано забезпечувати пологові стаціонари приміщенням, матеріялами та потрібною на впорядкування цих приміщень робсилою.

Для забезпечення пологових стаціонарів на селі акушерським персоналом, за постановою Колегії збільшуються відділки медтехнікумів, що готують акушерський персонал. Місцям складено директиву, щоб акушерок, що закінчують акушерський технікум, використовувалося за дійсним фахом, щоб акушерок звільнили з посад завгоспів, заваптек, сестер тощо, та призначили на роботу за фахом.

Через інститути удосконалення лікарів незабаром розширюється справа перепідготовки дільничних лікарів у галузі соціяльного акушерства та гінекології, патології пологів і оперативного акушерства. Інструктори НКОЗ підчас відвідувань районів перевірятимуть стан цієї роботи, надаючи водночас докладні інструкції щодо організації пологодопомоги.

7. У Центральній надзвичайній комісії по боротьбі з епідеміями

1. Епідемічний стан районів

Лисичанський район мало не перший з районів Донбасу, де спостережено днями два випадки висипного тифу (взагалі ж у Донбасі щодо висипного тифу справа стоїть геть краще, ніж по інших районах).

Надзвичайна Комісія довідавшись про епідстан та заходи, що їх вжито в Лисичанському районі, відзначила, що РЗІ не приділив належної уваги справі запровадження запобіжних заходів боротьби з епідемією. Зокрема, – не налагоджено регулярного сандогляду робітничих гуртожитків, не провадять санобробки знов прибулих, не використовувалося достаньою мірою участи промпідприємств у запровадженні протиепідемічних заходів.

Лисичанский РВК та РЗІ попереджено, що в разі й далі не запроведено буде енерґійних заходів попередження епідемії й боротьби з нею, це розглядатиметься, як злочинна недбайливість до справи боротьби з епідемією,

У Дмитрівському районі теж не все гаразд. Зважаючи на те, що в районі (на Конотопщині) вогнище висипного тифу, Надзвич. комісія запропонувала РВК'оні віддати особливо пильну увагу справі оздоровлення залюднених пунктів, будівництва лазень (останнє — передусім)

Комісія склала РВК'ові ще декілька практичиих пропозицій щодо забезпечення РЗІ транспортом.

На допомогу санорганізації району НКОЗ відряджує одного молодого санлікаря з найближчого випуску.

Із центрального епідфонду району дано грошову дотацію на запровадження ріжних заходів боротьби з епідемією, як налагодження дезінфекційної справи, забезпечення району дезоустановками тощо.

Лугинський район—кол. Коростенської округи, потім Волинської.

Протиепідемічну роботу місцевого ліксанперсоналу розпочато із чималим спізненням, через щоб справа швидкої шпіталізації своєчасно не охопила всіх хорих. Лише згодом робота покращала й почала провадитися енерґійніше.

Одночасно з категоричною пропозицією Лугинському Райвиконкому асиґнувати достатні кошти на протиепідемічну роботу (зокрема на утворення інфекційного відділку). Надзвичайна Комісія виділила районові грошову дотацію з центрального епідфонду.

Двурічанський Райвиконком, як це констатувала Надзвичайна Комісія на доповідь Харківської міжрайонної санстанції (представники станції обслідували з доручення Надзвичайної Комісії стан справи на місці), виявив злочинну недбайливість до справи здоровоохорони взагалі й зокрема — щодо боротьби з епідеміями.

НКОЗ звернувся до НКЮ'сту з клопотанням терміново притягти Двурічанський РВК до судової відповідальности.

Про неприпустимий занепад оздоровної та протиепідемічної роботи в районі голова Комісії т. Канторовіч подав до відому ВУЦВК'у та РНК, щоб вищі урядові органи й собі теж ужили каральних заходів до винних у недбайливості.

Із наявного резерву НКОЗ запропонував відрядити в Двурічанський район двох лікарів на тимчасову роботу.

Цей район поставлено під особливо пильний догляд Харківської санстанції.

У деяких районах АМСРР теж викрито випадки висипного тифу (доповідав Нарком охорони здоров'я АМСРР), несприятливий є також стан захорувань на черевний тиф.

Як значний недолік, Надзвичайна Комісія відмітила, що в наслідок недостатнього розгортання додаткових ліжок для шпіталізації інфекційних хорих, останню запроваджують коштом зменшення звичайної стаціонарної допомоги населенню АМСРР.

Так само незадовільно стоїть справа укомплектування установ медкадрами, обладнення їх ліжками, білизною тощо.

Добре впорався НКОЗ АМСРР із справою щеплення од черевного тифу, перевиконавши в цьому завдання НКОЗ УСРР. Гірше стояла справа щеплень дітям (особливо недосить було профілактичних щеплень проти дифтерії).

Незадовільно працюють місцеві надзвичайні санкомісії.

Центральна Надзвичайна Комісія в своїх зауваженнях і практичних пропозиціях відмітила потребу посилити елементи суспільности в санепідроботі НКЗдоров'я Молдавської СРР, зокрема щодо збільшення щепільної роботи, лазневого будівництва тощо.

За пропозицією ЦНК сектор кадрів НКОЗ УСРР відряджує з епідемічного резерву 3 лікарів.

Сектор науки і санкультури надіслав до АМСРР саніторно-гігієнічну виставку.

Групі постачання категорично запропоновано вжити всіх заходів до поліпшення постачання лікустанов АМСРР продуктами харчування, білизною та взуттям.

Дотація з центрального епідфонду, що надано НКОЗ АМСРР, становить 5.000 крб.

Епідстан Заславського району визнано теж за незадовільний. Доповідь РЗІ, довела, що в районі не приділяли протиепідемічній роботі достатньої уваги: кошти з промпідприємств не стягували, сам РВК вилучив на боротьбу з епідемією надто невеликі суми.

Пропозиції ЦНК цьому районові скеровані на виправлення згаданих недоліків.

Поряд того НКОЗ відпустив районові із коштів центрального епідфонду, грошову дотацію, а також відпустив 1 рухому дезкамеру та ще один лазнево-пральний загін коштом самого НКОЗ.

З найближчого випуску лікарів до Заславського району буде напрямлено декілька лікарів.

2. Робота наукових інститутів

Санітарно-бактеріологічні інститути в Києві, Харкові та Чернігові беруть активну участь у боротьбі з епідеміями. З доручень НКЗдоров'я, а також з власної ініціятиви (а подекуди й за пляном) інститути провели низку ґрунтовних обслідувань епідемічного стану багатьох районів, виявивши епідемічні вогнища й склавши місцям належні інструкції, а то й прямо допомагаючи місцевим робітникам налагоджувати роботу.

Наводимо тут деякі дані з роботи окремих інститутів.

А. Київський сан. бак. інститут. Проведено експедиційне обслідування епідстану районів, а також у самому Києві інститут спромігся встановити вогнище висипного тифу та провів чималу інструктивну роботу. На підставі повідомлень інституту Колеґія НКОЗ склала низку пропозицій Заславському, Лугинському, Вишівському РВК'ам а також секції охорони здоров'я Київської міськради щодо утворення лазнево-пральних загонів, лазневого будівництва. Лугинському району НКОЗ виділив одну дезкамеру та лазнево-пральний загін коштом центрального епідфонду.

Б. Чернігівський санбакінститут теж охопив обслідуваннями декілька районів і на підставі висновків інституту Надзвичайна Комісія вжила потрібних заходів до боротьби з захоруваннями на тиф по деяких районах колишніх округ — Чернігівської, Конотіпської та Глухівської.

Колегія відмітила задовільну роботу так самого інституту, як і місцевих робітників у частині значного відсотку шпіталізації хорих (до 80%), ремонтування лазень, влаштування дезінсекторів, обслідування колгоспів і студентських гуртожитків.

Надзвичайна Комісія висловила своє задоволення активною діяльністю представників Чернігівського санбакінституту, що спромоглися в місцях, які вони відвідали, вплинути на місцеві РВК та медробітників якнайбільше посилити заходи боротьби з тифом.

Через те, що на Чернігівський санбакінститут покладено ще чимало завдань (перевірка виконання попередніх пропозицій, догляд своєчасного одержання повідомлень про хід захорування тощо), склад робітників інституту збільшується на 3 лікарів, яких сектор кадрів має терміново відрядити на роботу в інститут.

В. Харківський санбакінститут теж встиг обслідувати через своїх представників епідемічний стан декількох районів (Краснопільського, Гадяцького та інш.). Результати обслідувань мали своїм наслідком запровадження ряду енерґійних заходів в галузі боротьби з епідеміями.

3. Черевний тиф у Дніпропетровському

Довідавшись про деяке збільшення захорувань на черевний тиф у Дніпропетровському, Центральна Надзвичайна Комісія негайно відрядила туди лікаря фахівця, що детально обслідував справу на місці. Після першої доповіді комісія констатувала, що Дніпропетровський міськомгосп, зокрема адміністрація міського водогону злочинно-бездіяльно поставилися до справи пильного догляду чистоти міського водогону, до налагодження очистки питтєвої води. Про ці вчинки місцевих органів м. Дніпропетровського НКОЗ повідомив вищі директивні органи. Щоб докладніше ознайомитися із роботою місцевої надзвичайної комісії, до Дніпропетровського виїхали Нарком охорони здоров'я т. Канторович член колегії т. Хармандар'ян та заст. зав. Головкомгоспу тов. Ханзон. Це останнє обслідування загалом підтвердило вірність перших висновків, наслідком чого Надзвичайна Комісія ухвалила декілька термінових постанов, скерованих на поліпшення справи водопостачання та на запровадження інших заходів щодо боротьби з черевним тифом.

Дніпропетровському комгоспу та управлінню місцевого водогону суворо зауважено незадовільність внутрішнього розпорядку, що є тепер. Зокрема запропоновано поставити як слід охорону території водогону, доброустрій території, охорону окремих споруджень, щодо порядку перепускання осіб до водостійників та інше.

Поряд зрозумілих вказівок щодо цілковитого забезпечення шпіталізації хорих у Дніпропетровському, забезпечення потрібним транспортом, мобілізації громадськости (зокрема студентства Дніпропетровського медВУЗ'у), Надзвичайна Комісія звернулася до головного управління комунального господарства з проханням опрацювати проблему забезпечення м. Дніпропетровського водогоном і каналізацією повним обсягом. Після того, як буде складено

плян і програма заходів, що їх треба здійснити, а також з'ясовано розміри потрібних для цього сум, Наркомздоров'я спільно з Головкомгоспом подадуть відповідне клопотання до Раднаркому.

Дніпропетровській секції охорони здоров'я запропоновано виділити спеціяльного санітарного лікаря для постійного обслуговування водогону.

У своїх постановах Надзвичайна Комісія відмітила незадовільну роботу секції охорони здоров'я Дніпропетровської міськради, що неприпустимо кволо розгортало додаткові ліжка для черевно-тифозних хорих і не вжила рішучих заходів до збільшення відсотку шпіталізації черевно-тифозних хорих; так само секція не спромоглася забезпечити своєчасне вживання ізоляції хорих, навіть тих, що їх було виявлено по гуртожитках.

До позитивних моментів щодо заходів секції охорони здоров'я, можна віднести тільки те, що секція досить уважно поставилася до питань водопостачання, своєчасно реагувавши на порушення санітарних вимог, що припускали комунальні органи. Так само відзначено позитивну роботу секції щодо своєчасного асиґнування потрібних на протиепідемічні заходи коштів, через що є тепер можливість безперебійно провадити чимало заходів боротьби з епідемією.

8. Про повернення помешкань лікустановам

Останнім часом досить часто траплялися випадки, коли райвиконкоми та міськради, щоб забезпечити ту або іншу районну установу приміщенням, йшли шляхом „найменшого опору", відбирали для цього приміщення у місцевих амбуляторій, лікарень та інших закладів охорони здоров'я, не зупиняючись навіть перед тим, що установа, яку позбавляли помешкання, ставилася під загрозу повної ліквідації.

Протягом 3 — 4 місяців Наркомздоров'я УСРР виявив понад 30 таких випадків по УСРР.

Визнаючи таке ставлення до установ, що здійснюють медобслуговування людности, за цілком неприпустиме, Секретаріят ВУЦВК'у спеціяльним листом категорично запропонував усім райвиконкомам, що припустили відбирання помешкань, — негайно повернути їх відповідним лікустановам.

Надалі тих відповідальних робітників, що провадитимуть забезпечення будь яких організацій приміщенням, виселюючи установи охорони здоров'я, притягатиметься до судової відповідальности. — Генпрокуратура листом категорично запропонувала учпрокурорам. 1) не припускати вилучення приміщень медико-санітарних закладів, негайно опротестовуючи відповідні постанови місцевих органів влади; 2) за належних випадків вчасно повідомляти Генерального Прокурора про такі постанови для того, щоб Прокуратура УСРР мала змогу їх припиняти порядком закону з 6 листопада 1930 року.

НКОЗ запропонував всім секціям міськрад і райздоровінспекторам про всі випадки або наміри відібрання місцевою владою приміщень медсанустанов і медперсоналу своєчасно й не затримуючи повідомляти про це учпрокурорів і НКОЗ.

У повідомленнях до НКОЗ треба всебічно з'ясовувати всі ускладнення, що виникають в стані мережі й справі медсанобслуговування в зв'язку з пересуванням, виселенням,

9. Доповіді райздоровінспекторів на Колегії НКОЗ

(Олевський РЗІ)

Як уже зазначалося, Наркомздоров'я практикує систематичні виклики райздоровінспекторів з місць для доповіді про стан охорони здоров'я в районі. Декілька таких доповідей вже відбулося, а саме: райздоровінспекторів Олевського, Карлівського, Чугуєвського, Кам'янець-Подільського, Коларівського, Монастирищенського, Козятинського та інш. Деякі доповіді становитимуться також на засіданнях Колегії НКОЗ. Деякий час тому Колегія заслухала доповідь Олевського райздоровінспектора т. Святенко.

Доповідь довела, що стан здоровоохорони в районі надзвичайно незадовільний. Район має величезну площу близько 6,000 кв. кіл„ що обслуговується тільки 17 лікарями, з яких до того-ж по сільських місцевостях є тільки 3. Решта перебуває в районному центрі. Район потрібує кадрів не тільки лікарського, але також і середнього й навіть нижчого медичного персоналу. Саносвітня робота абсолютно відсутня, а тимчасом населення району зовсім не обізнано на елементарних засадах санітарії та гігієни, у районі розповсюджені такі хороби, як колтун, скрізь панує бруд та антисанітарія.

Колеґія визнала, що Олевський райвиконком минулого року й до цього часу не приділяв належної уваги справам охорони здоров'я. Олевський райздоровінспектор так само не розгорнув належних темпів медобслуговування, що призвело до занепаду справи охорони материнства та дитинства, низки дефектів у розумінні організаційного, лікувального та санітарного обслуговування населення, особливо щодо виконання постанов ЦК ВКП(б).

Виявлено, що в такому великому, за своїм протягом, районі, сполучення посад райздоровінспектора та райсанлікаря — явище цілком неприпустиме, що вадить роботі РЗІ та санітарній.

Колеґія звернула увагу Олевського райвиконкому на те, що 1931 року в кошторисі треба обов'язково передбачити збільшення лікувальної мережі, яку до того-ж треба розташувати так, щоб цілком забезпечити меддопомогою соцсектор села, місця лісорозробок, промислові підприємства. Із найближчих заходів щодо допомоги робітництву, Колеґія запропонувала райвиконкомові відкрити негайно 2 медпункти (із відповідним персоналом, аптечками, медикаментами, перев'язувальним матеріялом) для обслуговування лісорубів, а також відкрити медпункт на фаянсовій фабриці, що є в районі.

Колеґія звернула увагу Олевського райвиконкому на те, що надалі неможна припускати перебування тубдиспансеру, вендиспансеру та дитячої консультації в теперішніх приміщеннях. Запропоновано надати згаданим установам нові приміщення або пересунути їх до будинку лікарні.

Фармацевтичній групі НКОЗ доручено негайно забезпечити відправку Олевському районові потрібних ліків та перев'язувального матеріялу.

Зважаючи на надзвичайно кволе розвинення справи притягування суспільности до охорони здоров'я, Колеґія поставила перед райвиконкомом та райздоровінспектом питання про організацію при районній поліклініці комісію оздоровлення праці й побуту (КОПІП), звернувши водночас увагу на зворушення сільської громадськости навколо питань охорони здоров'я.

Недостатні заходи щодо обслуговування в районі весняної та літньої кампанії 1930 року викликали постанову Колеґії щодо посилення цієї роботи навесні поточного року, особливо щодо підготовки складу активістів для надання першої допомоги підчас засівів і жнив.

Решта вказівок Колеґії стосується запровадження низки заходів щодо поліпшення санітарного стану в районі, як збудування та пристосування лазень, догляд робітничих гуртожитків та інше

10. Про увічнення пам'яти президента ВУАН академіка Д. К. Заболотного

Згідно з постановою ВУЦВК'у, Колеґія Наркомздоров'я ухвалила найменувати Одеський Медінститут ім'ям небіжчика академіка Д. К. Заболотного.

Колеґія встановила в Одеському медінституті — дві, а в Київському — одну стипендію ім. Заболотного по 100 крб. кожна.

У бюджеті Наркомздоров'я передбачено асиґнування коштів на організацію та утримання будинку науки й здоров'я в селі Заболотному (колишн. Вінницької округи).

11. Про преміювання винахідників в галузі охорони здоров'я

ЦБ винахідництва НКОЗ поширило систему преміювання винахідників за їхні пропозиції, що дають економічний та лікувально-профілактичний ефект, що є необхідні та доцільні. Протягом останніх місяців ЦБ винахідництва видало декілька премій на суму 2650 крб. чотирьом особам.

Є ще чимало кандидатів на премію; тепер саме вивчається справа про розмір такої премії.

У зв'язку з тим, що по місцевих секціях охорони здоров'я міськради та наукових ін-тах вже утворено бюра винахідництва (див. наказ № 80 НКОЗ від 10 серпня 1930 року), при них утворюються місцеві фонди винахідництва, в яких значне місце віддано преміяльному фондові.

Всі винахідники зараз повинні звертатись до своїх місцевих бюр із своїми пропозиціями. Бюра провадять іспити, дають належний висновок щодо доцільности та необхідности поданих пропозицій, вживають всіх заходів щодо реалізації та масового розповсюдження. В разі, коли пропозиція доцільна або цікава, але її ще не закінчено, місцеві бюра повинні вирішати на засіданнях справу про преміювання винахідників грішми або надаючи їм можливість науково працювати у відповідних установах.

11. Центральна науково-книжкова база НКОЗ та ВУК МСТ

База існує вже 10 місяців і постачає книгами (поштою) лікарів, фармацевтів, лікпомів і інших медробітників УСРР. База отримує потрібною кількістю нові радянські медичні, біологічні й медично-марксознавчі книги, має певний фонд книг видань попередніх років й може надсилати на периферію книги Укр. Держ. Мед. Б-ки. База одержує 70 назв радянських медичних журналів і сподівається одержувати значну кількість чужоземних.

Користування книгами Бази безплатне. Видатки абонента — лише на поштове повернення книг Базі (до читача книжки пересилаються коштом Бази).

Щоб стати абонентом—треба подати до Бази заяву, зазначивши прізвище, ім'я й по батькові, № профбілета, посаду в установі, адресу цієї установи й персональну адресу. Ці відомості має засвідчувати місцевий профорган або установа охорони здоров'я. Тримати можна до трьох книг водночас (дві книги й один № журналу). Обмінювати кожну книгу треба не рідше одного разу на місяць.

1931 року База приділяє особливу увагу обслуговуванню книгами колективів медробітників, медустанов у цілому, системи підвищення кваліфікації медробітників (курсантів заочних курсів, філії інститутів удосконалення лікарів, курси—підготовки до Вишів тощо).

Усі читачі Бази можуть одержувати списки літератури з різних медичних тем від Бібліографічно-Консультаційного Бюра при Укр. Держ. Мед. Б-ці.

1930 року База недосить популяризувала свою роботу, обмежившися розсилкою 30.000 оголошень та інформацією на деяких з'їздах, через що кількість читачів Бази набагато разів менше тієї, що її База має змогу обслужити. Одже кожний, хто прочитає це повідомлення, має стати абонентом Бази й завербувати своїх товаришів.

Найближчим часом передбачається надрукувати й розіслати на периферію каталог книжкового фонду Бази.

IV. Здоровоохорона на місцях

1. Із попередніх даних обслідування

Ліман. Справу здоровоохорони в районі налагоджено дуже незадовільно. Райздоровінспектор не дав собі ради, щоб посилити питому вагу здоровоохорончої роботи в районі: немає пляну роботи, РЗІ жодного разу не складав звіту на президії РВК'у.

Із 272 випадків шкарлятини не шпіталізовано жодного.

У районі почувається брак організаторської роботи від райздоровінспектора, наслідком чого є занепад роботи. У райнні досі немає санбакляборарторії. Райвиконком неуважно ставиться до інтересів медробітників, яких не забезпечує приміщенням, транспортом тощо.

Попасне. Тут, навпаки, почувається енергійна робота в галузі охорони здоров'я. Доповідь про стан здоровоохорони РЗІ спромігся поставити на президії РВК'у, у райпрофраді та страхкасі: У районі помітна робота щодо втілювання радянських метод охорони.

Слабке місце в районі—відсутність спеціяльного закладу для шпіталізації інфекційних хворих.

Божедарівський район. Високий відсоток колективізації, що є в районі (78%) вимагає безперечно більшої уваги до справи охорони здоров'я, ніж це дійсно є. А в тім, у районі почувається страшенний брак медперсоналу, що призвело до примушеної (звичайно, абсолютно небажаної) економії в 14.000 крб. на медперсонал.

Особливо негаразд у справі пологодопомоги: щось із 90% пологів відбувається вдома за допомогою повитух.

Обслідування, між іншим, відзначає, що в районі нічого не роблять у справі підготовки кадрів робітників дитячих ясел, що мають розгорнутись улітку поточного року.

Бердянський район. Якщо можна говорити про те, що виконання постанови ЦК ВКП(б) „Про медобслуговування робітників і селян" відображено в багатьох заходах щодо додержування клясової лінії, в наданні різних видів меддопомоги, то в справі наближення медсандопомоги до трудящих мас (наприклад,—в справі організації пунків першої допомоги по радгоспах, комунах, дрібних промислових підприємствах, постачання аптечками першої допомоги, вивчення побутових умов промислових і сільських робітників, у галузі громадського харчування, санітарного догляду гуртожитків, вивченни шкідливостей окремих галузей виробництва, диспансеризація робітників гарячих цехів тощо) — справа стоїть негаразд і роботи проведено недосить.

Так само недосить ще притягнено в районі широкі маси трудящого населення до участи в охороні здоров'я, недосить мобілізовано громадську думку навколо справи охорони здоров'я. У районі иема ще жодного КОПІП'у, не розгорнено шефство.

Питання кадрів у районі стоїть незадовільно: після ліквідації округи Бердянський район отримав 2 санітарних лікарів, одного невропатолога, і, не зважаючи на це, в районі є багато вакантних лікарських посад. Навіть посаду райздоровінспектора вкомплектовано тільки 2—2½ місяці тому. Ураховуючи надзвичайно великий брак нижчого допоміжного медперсоналу, райздоровінспектор вжив певних заходів щодо підготовки кадрів для ясел, зокрема підчас весняної сільсько-господарської виробничої кампанії. Для цього влаштовується курси для колгоспниць та жіночого активу.

На нараді робітників охорони здоров'я з 20 грудня 1930 року інспектор-інструктор Наркомздоров'я склав доповідь та зробив підсумки про обслідування стану охорони здоров'я в районі. Товариші, що виступали з промовами на доповідь, підкреслили, що в районі багато чого бракує. Особливо негаразд стоїть справа розширення теперішньої мережі

лікустанов, наприклад міська лікарня дуже потрібує терапевтичного корпусу. Представник профспілки медсантруд дуже обстоював справу гострої нестачі лікарської сили.

Треба зазначити, що Бердянська міська рада ще не обернулася обличчям до справи охорони здоров'я, вважаючи її за щось другорядне: не зважаючи на настоювання Наркомздоров'я про повернення відібраних будинків, що раніш належали райздорову, міськрада, не повідомляючи секцію охорони здоров'я, ось недавно зайняла будівлю райздорова (дачу на Лисках), що влітку там розташовується дитячий тубсанаторій.

2. Доповіді райздоровінспекторів на пленумах і нарадах

Хорол. На доповідь райздоровінспектора президія райвиконкому визнала, що стан здоровоохорончої роботи в районі значно відстає за своїми темпами від зростання господарства району, не відповідає своїми темпами зростанню культурно-побутових потреб мас робітників і трудового селянства, ставлячи цим відставанням під загрозу справу виконання постанов партії та уряду щодо медобслуговування робітників і селян. До огріхів здоровоохорончої роботи в районі президія райвиконкому віднесла таке:

а) бракує пляпового та систематичного запровадження профілактичної роботи так на селі, як і в місті,

б) недосить обслуговується селянство соціялістичного сектору,

в) органи здоровоохорони в районі недосить вкомплектовано відповідними кадрами медробітників. Визнано за незадовільну роботу кадрів, що є в районі в розумінні загальної уваги до роботи,

г) витрати на здоровоохорону становлять тільки 8,3% загального районового бюджету, за всього цього спостережено дуже небажане явище, як утворення непотрібної штучної економії щодо статів охорони здоров'я,

д) від інспектури охорони здоров'я недосить віддається уваги питанню підготовки кадрів нижчих та середніх медробітників.

У своїх пропозиціях президія міськради визнала за потрібне притягти сусідні райони (Багачанський, Оболонянський, Семенівський) до участи у витратах на утримання міжрайонних медичних установ, що досі утримувалися тільки коштом Хорольського району.

До Наркомздоров'я складено вимогу про надсилку додаткових робітників для вкомплектування штатних посад по медустановах, щоб розвантажити тих, що працюють, сполучуючи по декілька посад.

Президія РВК зобов'язала інспекторів охорони здоров'я посилити виїзди робітників на села, щоб зміцнити там справу медичної та профілактичної допомоги колективізованому сектору. Райпляну запропоновано опрацювати питання щодо збудування нової лікарні, притягнувши до цієї потреби кошти суміжних районів та місцевої промисловости.

Градізьке. Президія РВК на доповідь РЗІ констатувала, що санітарно-епідемічний стан в районі, порівняльно до минулого року, погіршав, що медико-санітарне обслуговування, особливо в усуспільненому секторові провадиться недосить. Шкільну мережу лікарі району обслуговують якось випадково.

Недостатнє асигнування коштів на охорону здоров'я не дозволяє охопити меддопомогою населення всіх сільрад та поліпшити її (меддопомогу) якісно.

Отже, райвиконком дав потрібні вказівки райздоровінспектору, щоб виправити відзначені недоліки (з першого січня 1931 року у радгоспів „Червоний Партизан" вже відкрито новий медпункт).

Райфінчастині та райпляну президія райвиконкому доручила опрацювати та перевести в життя справу фінансування установ охорони здоров'я в районі, а також фінансування невідкладних заходів, ув'язавши це з бюджетовими можливостями.

Китайгород. Місцевий райпартком констатував на доповідь РЗІ, що в районі неможна розгорнути, як слід, медично-санітарне обслуговування через брак лікарів. Звичайно, обмеженість штату медробітників утворила також незадовільне розвинення профілактичної роботи, якої іноді зовсім непомітно.

За постановою партійного комітету треба населення району якнайшвидше забезпечити кваліфікованою допомогою з найважливіших галузів — вендопомоги, охматдиту тощо. Звернено увагу на те, щоб на 1931 рік у кошторисі було передбачено асигнування на найважливіші потреби щодо запрошення штату на господарчі на охорону здоров'я в районі, причому бюро райпарткому настоює на тім, щоб на цю галузь не було припущено будьяких зменшень асигнувань.

Бюро РПК звернуло також належну увагу на незадовільність стану справи постачання лікустанов та медперсоналу харчовими продуктами, білизною, милом та інше. Бюро звернуло увагу РВК на потребу утворити сприятливі умови роботи для медробітників щодо постачання їх та надання композлуг.

Джулінна. Не зважаючи на помітні досягнення в роботі охорони здоров'я в районі, як збільшення щепільної справи проти віспи — 10048 чол. шкарлятини — 3561, черевного тифу — 1251; відкрито два нові амбуляторні пункти; не зважаючи на значну громадську

роботу, що було розгорнено в районі підчас весняної та літньої виробкампанії на селі,— стан здоровоохорони в районі незадовільний, бо в районі бракує лікарів, бракує зублікарів досі немає санлікаря. До тогож лікарський персонал частенько переобтяжується невластивою йому роботою, як видачею безлічі довідок, господарською роботою тощо.

На незадовільність справи фінансування охорони здоров'я звернено також увагу

Запоріжжя. Підсумки дитячої оздоровної кампанії подають деякі цифри, що свідчать про загальне розгортання цієї галузі роботи. Підчас кампанії охоплено близько 3800 дітей, дошкільного й шкільного віку. Диспансер ОЗДП утворив майдан санаторного типу, де диспансеризовано всіх дітей. Витрати на оздоровну кампанію становили 100 тисяч крб.

Окрема доповідь (на міжвідомчій комісії охорони здоров'я й праці дітей) довела, що поряд помітних досягнень були й такі недоліки, як недостатній відсоток охоплення дітей робітників (даної дільниці)—тільки 65%, тоді як пересічний відсоток по всьому місту перевищує 75%; незадовільний стан дитячих їдалень по школах в розумінні додержування там санітарії (бракує потрібного встаткування, посуду, спецодягу для допомічного персоналу тощо).

Роботу секції—на засадах соцзмагання

Миколаїв. У роботі секції помічається певне пожвавлення. На засіданні пленуму секції, що відбулося в середині листопада, вирішено роботу перетворити в такий спосіб, щоб перенести частину роботу на виробництво, встановивши чергування інструкторів разом із членами секції. Роботу секції провадитиметься на засадах соцзмагання між її членами, а саме—за такими покажчиками:

а) 100% відвідування всіх пленумів секції;
б) Найшвидше виконання завдань;
в) Притягнення до роботи секції також нечленів міськради.

Ближче до села

Петрівське. Президія райвиконкому, влаштувала виїзне засідання в селі Топильному. Резолюція, що її ухвалено на доповідь лікаря Барицького, доводить про помітні досягнення, що є в галузі обслуговування колективізованого сектора села, як—от:

а) Всі випадки захворування, що вимагали негайної допомоги, охоплення шпиталізаційною допомогою на 100%;

б) До великих центрів на спецлікування та на курорти відряджено 16 колгоспників замість 6, що було торік;

в) Ліквідовано вошивість та вогнище черевного тифу;

г) Встаткування хірургічного відділку при Вільшанській лікарні полегшило надання хірургічної допомоги;

д) По всіх селах району, що далеко розташовані від лікустанов, утворено примітивні медпункти першої допомоги з аптечками

Райвик констатував водночас, що недосить проведено платність меддопомоги для деяких груп населення, через що для посилення безкоштовного відпуску ліків колгоспникам часто бракує коштів.

Зважаючи на обмеженість коштів місцевого бюджету, РВК ухвалив вжити дійсно рішучих заходів до мобілізації інших ресурсів, притягнувши до участи в витратах на охорону здоров'я громадські кошти, кошти УЧХ, самооподаткування тощо.

Щоб полегшити лікперсоналові надавати першочергову допомогу бідняцько-середняцьким шарам селянства, РВК запропонував сільрадам пильно стежити за видачею довідок про соцстан.

У межах асигнувань поточного кварталу лікарню поповнюється додатковою білизною, лікарським реманентом та деяким інструментарієм.

Джулінка. Райвиконком повідомив НКОЗ, що Одеський Інститут удосконалення лікарів узяв шефство над Джулінською райлікарнею та робітниками Красносільської цукроварні. Інститут налагодив пляновий приїзд наукових робітників на село.

Здоровоохорону—ближче до виробництва

Запоріжжя. В загальній пожвавленій роботі секції міськради, що чимало уваги віддає справам будівництва Дніпрельстану та Дніпровських заводів (майбутніх споживачів Дніпрельстанівського електроструму), помітне місце приділяється справам охорони здоров'я.

Робітники секції охорони здоров'я спромоглися обстояти багато питань щодо поліпшення стану здоровоохорони на будівництвах.

Із пропозицій варті особливої уваги такі:

Управі будівництва запропоновано прискорити будівництво нової лікарні на 500 ліжок, бо теперішню лікарню 1931 р. буде затоплено.

Усі лікпомовські медпункти перетворюються на лікарські.

Посилюється санобробка прибулих робітників (буде збудовано сандозорчий пункт).

Президія міськради поклала на секцію охорони здоров'я систематично контролювати, як саме здійснюються заходи охорони здоров'я на великих будівництвах.

Од редакції: Цей відділ нашого бюлетеня дедалі все розширюватиметься. Проте, поки що доводиться задовольнятися листовним матеріялом суто-офіційного змісту (протоколами. резолюціями). Дописів з місць ми маємо мало. Знову звертаємося до наших інформаторів подавати відомості, звичайно належно перевірені, для надрукування в бюлетені. Мова мовиться не про висвітлювання стану роботи взагалі, а про надання можливости використовувати гарний досвід і досягнення одних галузей роботи та запобігати недолікам та огріхам в інших галузях. Треба ще в відомостях зазначати про конкретні заходи, що їх вживають або вжито на місцях для виправлення недоліків або здійснення ухвалених резолюцій, пропозицій тощо. Ось, наприклад, більшість РВК відмітила на доповіді РЗІ, що асигнування на справу здоров'я охорони надто недостатні, а в пропозиціях про розмір нових асигнувань та взагалі про збільшення таких майже нічого не говориться.

V. Об'яви та повідомлення

1. Про апарат (винахід) д-ра Булгача

Лікпрофгрупа НКОЗ звертає увагу на винахід лікаря Булгача — апарат для вдування газу в дуплину плеври за гнійних пневмоплевритів.

Докладний опис цього апарату дано в Дніпропетровському медичному журналі ч. 7- 12 за 1929 р. та № 1-4 за 1930 р. Цінність цього апарату зафіксовано низкою відозв наукових установ та авторитетних осіб, які з найкращого боку рекомендують вживання цього апарату.

Отже, лікпрофгрупа пропонує широко сповістити про апарат лікаря Булгача всіх лікувальників лікарів, зокрема терапевтів. хірургів та фтизіятрів.

З свого боку лікпрофгрупа вважає за доцільне придбання цього апарата для лікустанов. Замовлення на апарат л-ря Булгача надсилати до Всеукраїнського Аптекоуправління.

Керівник лікпрофгрупи **Аронштам**
Інспектор мережі міст **Кварт**

2. Про конкурс на кращі винаходи

Центральне Бюро НКОЗ в справах винахідництва зараз складає „темник" — список тих приладь та застосуваннь, що потрібні на те щоб поліпшити та полегшити справу охорони здоров'я. Цей темник буде оголошено для загального відому, щоб всі трудящі та робітники охорони здоров'я працювали над ними, виявили свою творчу думку, За кращі винаходи буде видано грошові премії та утворено можливості науково працювати.

3. Конкурси

А. Одеський Державний Медичний Інститут повідомляє, що термін конкурсу на заміщення посади зав. катедри Одонтології продовжено до 1-го травня 1931 року.

Б. Артемівська міжрайсанстанція оголошує конкурс на посаду міжрайонного епідеміолога (житиме в м. Артемівському).

Вимоги: практичний стаж не менш 2 років.

Ставка 250 крб. (двісті п'ятьдесят), підйомні 250 крб.

Адреса: Артемівське, Комсомольська ч. 8.

В. Харківський Інститут удосконалення лікарів оголошує конкурс на заміщення посади доцента інфекційної дитячої клініки. Термін конкурса— **до 20 березня 1931 р.**

Вимоги: не менш 10 річного стажу і наукові роботи.

Г. Харківський медичний інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

1) Одного понадштатного ординатора факультетсько-хірургічної клініки.
2) Двох понадштатних асистентів факультетсько-хірургічної клініки.
3) Одного штатного ординатора пропедевтично-хірургічної клініки.
4) Одного штатного доцента з інфекц. хвороб сан. гіг. факультету.
5) Одного штатного ординатора з протезн. стоматології.

Термін конкурсу до 20 березня 1931 року.

Заяви про бажання взяти участь в конкурсі треба надсилати до медінституту (вул. К. Лібкнехта ч. 41).

До заяви треба додати життєпис, наукові роботи та відповідні документи про службу та громадську роботу.

Знання укрмови обов'язково.

4. Рентгенінститут перейшов у нове приміщення

Усю кореспонденцію для Всеукраїнського рентгено-радіологічного інституту треба надсилати на таку адресу: Харків, Пушкінська 78.

5. Виключається зі списку дезертирів:

Лікар **Шаталова А. А.** біохемік Донецького Інституту Патології праці, бо надійшла довідка, що згаданий товариш в інституті працює.

6. Привітання Наркомздоров'ю

До Наркомздоров'я Канторовіча С. І.

Харків

А. Зібравшись у період здійснювання величезного пляну робіт „5 річка в 4 роки", ми, периферійні й дільничні **лікарі Молдавії,** що скінчили курси-конференцію по перекваліфікації, що їх утворено вперше на терені нашої молодої національної республіки, силами й коштами НКЗдоров'я братерської нам Української республіки,—вітаємо у Вашій особі НКЗ. організатора й проводиря соціялістичної охорони здоров'я.

У світлі діялектичного розуміння медицини ми засвоїли, що боротьба за промфінплян, за колективізацію, за піднесення національно-культурного рівня трудящих, містить у собі й нашу спеціяльну медичну працю, основні завдання, що ними є оздоровлення праці й побуту трудящих.

Відповідаючи шкідниками, ми з'єднанні тісною сім'єю, під керівництвом комуністичної партії, обіцяємо докласти всіх своїх зусиль на виконання постанови ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян.

Ми сподіваємося, що НКЗдоров'я й надалі підримуватиме й допомагатиме справі здійснення соціялістичного оздоровлення.

Уповноважені курсів-конференції на Молдавії **Михайлов, Спектор, Козинський**

Харків Наркомздоров'я Канторовичу

Перша Київська крайова венерологічна нарада шле палке привітання почесному голові наради, керівникові справи здоровоохорони України, беручи участь разом зі всією робітниче-селянською масою в справі реконструкції народнього господарства, учасники наради з ентузіязмом запевняють, що віддадуть свої сили, знання й досвід на фронті культурної революції за справу ліквідації венеризму—спадщини минулого.

Голова **Ровінський**

Сьогодні слобода Радуль урочисто з представником медсануправління Півд. Зах. залізниць та „РЕКИ" відкрила першу лікарню для водників на Дніпрі. У центрі мешкання живої робітничої сили Дніпра—сплавщиків і водників ми тепер особливо почуваємо піклування радянської здоровоохорони, що під керівництвом комуністичної партії і радвлади прагне поліпшити обслуговування пролетаріяту меддопомогою. Енергією Наркомздоров'я та його керівника, справа обслуговування соцсектора села, сплавщиків і водників дедалі все кращає. Мрія водників і селянства Радуля здійснилась. Вітаючи Вас, яко керівника здоровоохорони, загальні збори й організації Радуля сподіваються, що лікарня імені XIII роковин Жовтня, що її відкрито в колишньому помешканні молельні старовірів, дасть змогу своєчасно відремонтувати здоров'я робітничої сили Дніпра до наступу вирішальної навігації 3 року п'ятирічки.

Хай живе комуністична партія! Хай живе радянське медицина!

Президія: **Коротков, Міщенко, Землянський, Ласкавий, Нікітенко**

До відому всіх секцій здоровоохорони міськрад, райздоровінспекторів, тубдиспансерів та лікарів.

Вимоги на туберкулін для діягностичних та лікувальних потреб треба подавати до Харківського Сан. бак. інституту (Пушкінська вул., ч. 14).

ДО ВСІХ ОРГАНІВ ТА УСТАНОВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Наркомздоров'я, за погодженням з ВУК Медсантруд, сповіщає, що прийом заяв од медробітників на перехід на роботу до міст закінчено та припинено до 1 вересня 1931 року.

Член Колегії НКОЗ **Туркельтауб.**

Погоджено у ВУК МСТ

Відповідальний редактор **С. І. Канторовіч.**

ДВОУ УПП 7 друкарня ім. Фрунзе. Харків, Донець-Захаржевська 6,

Укрголовліт 2099. Зам. 196. Прим. 6.000.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в «Літописі Україн. Друку», «Картковому репертуарі» та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 6-7 15 березня 1931 року № 6-7

ЗМІСТ

МІСЯЧНИК ЧИСТОТИ НА УКРАЇНІ

а) Лист РНК УСРР, б) Обіжн. лист НКЗдоров'я.

І. ПОЛІТИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Я. І. Ліфшиц — Урахувати науку Мособлздороввідділу.
Д. С. Каган — Про плянування охорони здоров'я в районі.
В. Кохан — Про поліпшення матеріяльного постачання мережі охорони здоров'я.
М. Черкес — Наукова рада венінституту на Дніпрельстані.

ІІ. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

На допомогу весняній сільгосп. виробничій кампанії. 54. Про утворення штабів зв'язку до весняної сільгосп. виробничої кампанії. 55. Інструкція до роботи медбригад на селі підчас сезонних польових робіт. 56. Про саносвітроботу підчас весняної кампанії. 57. Про перевірку виконання розпорядження НКОЗ про складання умов з радгоспами та ліспромгоспами. Лікувально-профілактична частина. 58. Про організацію нічних чергувань. 59. Положення про кабінети лікконтролі в питаннях фізкультури. 60. Про запровадження куркампанії серед контингенту соцзабезу. 61. Про закріплення лісів за санаторіями та будвідпочинками. 62. Інструкція про відбір селян на курорти. 62-а. Про розподіл курмісць цього року. Охматдит. 63. Положення про відділ охмату в єдиному диспансері. 64. Про поширення ясельної мережі. 65. Про постачання яслам продуктів харчування тощо. 66. Про санстан дитбудинків. 67. Про об'єднання сезон. ясел і садків. Боротьба з епідеміями. 68. Устава про центральний епідемічний фонд. 69. Устава про надзвичайні санітарні комісії для боротьби з пошестями. 70. Про обов'язкове здійснення органами промисловости та кооперації заходів в справі охорони здоров'я (лист Секретаріяту ВУЦВК'у). 71. Про щеплення проти віспи. Організаційна частина. 72. Про застосування постанов Уряду про пільги робітникам соцкультустанов. 73. Про порядок ведення обліку та звітности фонду меддопомоги (додано інструкції та форми обліку). 74. Про забезпечення лікустанов харчпродуктами. 75. Резолюція ЦК спілки Металістів на доповідь НКОЗ РСФРР та УСРР.

ІІІ. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ

1. Плян з'їздів та нарад 1931 р. 2. У надзвичайній комісії до боротьби з епідеміями. 3. На міжрайонних нарадах. 4. Про будівництво гуртожитків для курсантів. 5. Дотація УКУ на будівництво. 6. Мережа заочної медосвіти. 7. Подяка винахідникам т. т. Булгачу та Школьникові. 8. Догана за порушення директив. 9. Утворення санкурсектору НКОЗ. 10. Про заходи НКОЗ у галузі народнього харчування 11. Про українізацію апарату та роботи медсанустанов.

IV. ЗДОРОВООХОРОНА НА МІСЦЯХ

Про роботу пересувних медпунктів у Лозівському районі.

V. ОБ'ЯВИ ТА ОГОЛОШЕННЯ

1. Лист Харківського інституту ОХМД. 2. Про відомості в справах централізованого постачання санаторій. 3. Про порядок відрядження психічних хворих. 4. Про Всесоюзну конференцію в справах освітлення. 5. Розподіл курсів Дніпропетровського ін-ту удосконалення лікарів. 6. Конкурси. 7. Привітання Наркомздоров'ю. 8. Про медробітників-дезертирів. 9-11. Різні об'яви.

VI. ОГЛЯД РАДЯНСЬКОГО ЗАКОНОДАВСТВА (грудень 1930 р. — січень 1931 р.)

VII. РУХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХОРУВАНЬ У МІСТАХ ТА РАЙОНАХ УСРР

За вересень, жовтень, листопад та грудень 1930 р,

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЗА КОРДОНОМ.

За постановою Уряду по УСРР провадиться місячник чистоти

(Витяг із розпорядження РНК УСРР про місячник чистоти)

Для санітарного оздоровлення залюднених місць і щоб попередити виникнення в них навесні епідемічних захорувань, Рада Народніх Комісарів УСРР пропонує перевести з 1 квітня до 1 травня ц. р. „Місячник чистоти“, як масову санітарно-оздоровну кампанію.

Цю кампанію треба розглядати, як один із важливих засобів усунути з шляхів соціялістичного будівництва третього вирішального року п'ятирічки перешкоди, що полягають в антисанітарному стані міст, сел, підприємств, установ і житлових приміщень.

РНК УСРР виданням закону про санітарний мінімум рішуче визначила те значення, яке надає Уряд санітарним заходам, а постанова ЦК КП(б)У „Про поліпшення матеріяльно-побутового становища робітників вугільної промисловости та заходи до боротьби з плинністю робочої сили“ прямо підкреслює зв'язок між санітарно-побутовими умовами життя робітників вугільної промисловости і тими виробничими завданнями, що покладені на пролетаріят Донбасу. Це стосується всіх інших галузей промисловости, а так само соціялістичного сектора сільського господарства.

Рада народніх комісарів УСРР пропонує всім райвиконкомам і міськрадам негайно розпочати підготовку до переведення місячника чистоти, утворити штаби й бриґади для керівництва роботою щодо цього, мобілізувати всі сили й засоби на очищення міст, сел, підприємств, робітничих жител і шкіл, поклавши на органи комунального господарства особливу відповідальність за здійснення заходів щодо очищення.

Санітарним органам Наркомздоров'я УСРР і органам НКЮстиції УСРР на місцях треба пожвавити практику справлянь за порушення санітарних правил, організувати показові процеси над порушниками й притягати до суворої відповідальности не тільки безпосередніх фізичних порушників, а й адміністрацію промпідприємств, правління трестів і кооперативів і самих райвиконкомів і міськрад за бездіяльність у галузі санітарних заходів.

Особливо серйозну увагу цій роботі повинні приділити райвиконкоми, міськради, господарські, професійні й кооперативні організації Донбасу, де чистий робітничий поселок, чистий робітничий гуртожиток і чиста робітнича їдальня повинні стати за одну з передумов успішного виконання промфінплянів.

Не обмежуючись наслідками, що їх буде досягнуто протягом самого місячника, райвиконкоми й міськради повинні домогтися закріплення досягнутих підчас місячника успіхів, і після закінчення його продовжити опрацьовання й здійснення плянів широких санітарно-оздоровних заходів.

Райвиконкоми й міськради повинні з усією енергією взятись за переведення місячника, як одного із засобів боротьби за виконання великих господарських завдань, що стоять перед краною.

Підписав: Заст. голови РНК УСРР *Сербиченко*

Керівничий справ Раднаркому УСРР *Касян*

(Розпорядження РНК УСРР ч. 14944/5 з 28 березня 1931 р.).

Про запровадження місячника чистоти.

До всіх райвиконкомів та міськрад, медсанупрів на транспорті, до МСУ Тракторбуду, МСУ Дніпрельстану, НКОЗ АМСРР уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового.

За розпорядженням Раднаркому УСРР з 1 квітня до 1 травня ц/р. на Україні провадиться місячник чистоти, про що НКОЗ повідомив радіом 27 березня ц. р.

НКОЗ пропонує негайно розробити плян переведення місячника і внести його на затвердження до президії РВК'у або міськради для одержання розпоряджень організаційного і матеріяльного характеру, що потрібні для запровадження кампанії. Одночасно з цим утворити при РВК'ах або міськрадах штаби в складі представників здорово-охорони, прокуратури, міліції, житлокооперації і потребкооперації, комунального господарства і військових частин під головуванням голови або члена президії РВК — міськради та розпочати роботу.

За основні завдання для переведення місячника беруться: 1) очистити вулиці й садиби від сміття і нечистот, 2) очистити та санітарно впорядкувати гуртожитки по промислових селищах, радгоспах і МТС та кооперативні житлові приміщенння, 3) впорядкувати і провести огляд водопостачання і асенізації; 4) провести очистку та встановити санітарний режим по школах і інших громадських установах. 5) налагодити функціонування лазень, 6) поліпшити санітарний стан промпідприємств.

До запровадження місячника широко притягніть громадські організації і ввесь санітарний актив; треба широко використати методу бригад для переведення оглядів і перевірки здобутих наслідків.

Забезпечте в місцевій пресі широке висвітлювання всього ходу місячника й матеріялів, що дістають бригади підчас кампанії.

З самого початку кампанії візьміть на облік відповідно до вказівок цього листа, найважливіші об'єкти, розподіліть їх поміж певними бригадами й календарним порядком забезпечте, щоб протягом місячника їх було санітарно впорядковано.

Широко вживайте притягнення до відповідальности порушників санітарних правил, умовившись з місцевими органами НКЮсту про підвищення стягнень та організації показових судів, а також проведіть через РВК — міськраду обов'язкову постанову загального характеру про місячник чистоти.

Провадьте всю роботу, як бойове завдання, що зв'язано з попередженням вибуху епідемій і сприянням будівництву третього вирішального року п'ятилітки.

Зв'яжіть одночасно свою роботу по місячнику із здійсненням та виконанням закону „про санітарний мінімум" (про постанову РНК УСРР надруковано в бюлетені НКОЗ № 4—5 1931 р.).

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Ст. сан. інспектор **Жаботинський**

(Об. розп. НКОЗ ч. 546—14-131 з 27 березня 1931 р.).

I. Політика охорони здоров'я питання організації та управління

Я. І. Ліфшиц

Урахувати науку, що дає постанова Московського Комітету ВКП(б) щодо рбооти Мосздороввідділу

Газети сповістили нас про постанову Московського Обласного Комітету ВКП(б) щодо стану охорони здоров'я в Московськім краї.

Зазначаючи низку досягнень у справі охорони здоров'я (розширено мережу медико-санітарних установ, збільшено кількість ліжок, зросла матеріяльна база, значно зменшилася дитяча й загальна смертність, знизилася захворуваність робітників та втрати працездатности тощо), Московський Обласний Комітет партії, поруч цього, зо всією різкістю й щирістю викриває огріхи колишнього керівництва охороною здоров'я в Москві та в краї.

Ця постанова викрила вади керівництва московських органів так вичерпно-ясно та на основі цілком чіткої більшовицької аналізи, що сама постанова перетворюється в документ виняткового принципіяльного й практичного значення для органів охорони здоров'я всього Союзу. Отже, хоча ця постанова й не стосується безпосередньо до української охорони здоров'я, нам, робітникам охорони здоров'я України, можна й навіть обов'язково вивчити науку, що виклав Московській Комітет партії, щоб надалі ще з більшою енергією і впертістю та ще чіткіше здійснювати директиви ЦК ВКП(б) на доповіді наркомздоровів (грудень 1929 року).

В основному помилки московської здоровохорони полягають в такому:

1) Не використано зростання матеріяльної бази, щоб поліпшити постановку медико-санітарної справи. Не виконано постанови ЦК ВКП(б) про те, щоб „рішуче та швидко обернути охорону здоров'я на обслуговування провідних дільниць соціялістичного будівництва". Не зосереджено переважної уваги до справи медико-санітарного обслуговування найважливіших промислових підприємств і сільського соціялістичного сектора. У цілому ці дефекти виникли через нечіткість класової лінії, рештки „уравнітельности" та гнилий гуманітаризм, що викривлюють обличчя радянської медицини, притупляючи клясову цільоспрямованість її заходів.

2) „Московський здоровідділ не утворив навколо себе робітничого активу, не спромігся правильно використати активність лікарів та решти медробітників, що (активність) зросла".

Ці дефекти є безпосереднім наслідком того, що справу охорони здоров'я розвивали на недосить широкій громадській базі; пролетарська самодіяльність у справі охорони здоров'я (КОПІП'и, ради соціяльної допомоги, здоровосередки на підприємствах тощо) не мала належного й правильного керівництва. Соціялістичні форми організації праці — соціялістичне змагання й ударництво — ще не набули масовости в здоровоохорончому ділі. „Критика й самокритика в Московському Облздороввідділі не мала місця". Крайовий відділ спілки Медсантруд не провадив боротьби за зміцнення трудової дисципліни.

3) Є прорив у справі боротьби з епідеміями. „Це є наслідком простої бездіяльности від керівництва Мосздорова та потурання ним одвертому саботажу групи фахівців, яким фактично передовірено справу боротьби з епідеміями“. Далі постанова відмічає, що в наслідок правоопортуністичної практики керівництва ті спеціялісти, що чинили опір соціялістичній реконструкції охорони здоров'я, мали чималий вплив на постановку справи охорони здоров'я в Московськім краї.

Для нас — робітників охорони здоров'я — ясно, що в цьому найтяжчому дефекті чимала провина є в тім, що наша санітарна організація ще недосить зреконструювалася на радянський лад; що в багатьох своїх ланках вона ще тяжить до традицій дореволюційної земської медицини; що й досі в ній панує надзвичайна замкненість; ще й досі вона була „республікою в республіці“ в справі медицини: багато з її „проводирів“ ведуть її шляхом аристократичної замкнености й ізольованости від решти галузів охорони здоров'я і всієї армії медробітників. У санітарній організації ще мало партійних і пролетарських сил і людей, мало ще контролі, зіркости та пильности. Що ж до тієї суто-радянської молоді, що вливається в лави санітарної організації, то ця молодь до останнього часу ще не спромоглася визначити її (санорганізації) „політики та практики“.

4) „... колишнє опортуністичне керівництво Мосздороввідділу ще й досі зберігає за собою керівництво в провідному інституті (інститут ім. Обуха), в т-ві „Ленінізм у медицині“... Спілка не поставила на належну височінь боротьби з чужою пролетаріятові ідеологією в охороні здоров'я. Так само не знайшла належного відбитку в роботі Мосздорова боротьба за кадри“.

Ця недвозначна формула викриває низку органічних дефектів в організації справи охорони здоров'я. Наукові інститути частенько перебувають в стані відрубних господарств, надто мало опрацьовують наукові проблеми, що безпосередньо зв'язані з практичними завданнями охорони здоров'я, а ідеологічно просякнуті еклектичною мішаниною із різноманітного філософського шматтям замість єдино-наукової філософії діялектичного матеріялізму. Наукові товариства лікарів і навіть „товариства лікарів-матеріялістів“ надто мало пов'язували свою роботу із завданнями будівництва соціялістичної охорони здоров'я. Ось чому саме тут легко будував собі кубло опортунізм різного ґатунку, починаючи від схоластичної казуїстики (це — в загально-медичних наукових товариствах), аж до вульгарного механістицизму, абстрактного філософського догматизму та своєрідної „біологізації“ медицини та охорони здоров'я (в товариствах лікарів матеріялістів).

Які ж саме висновки й директиви містить постанова Московського Обласного Комітету ВКП(б)?

Не перелічуючи тут усіх постанов і не говорячи про організаційні висновки й ухвали, що мають значення тільки для Москви, ми відзначимо тут такі практичні пропозиції:

1) Реорганізація медико-санітарної роботи по підприємствах на засадах „здоровоохорончих цехів“.

2)Обслуговування, передусім, провідних промислових підприємств.

3) Перебудова протягом найкоротшого часу „медико-санітарної мережі сільсько-господарського сектору відповідно до темпів колективізації та будівництва радгоспів. Зміцнення цього сектору потріб-

ними лікарськими кадрами. Запропоновано встановити в усій роботі черговість щодо конкретних об'єктів медобслуговування (МТС, радгоспи, великі колгоспи)".

4) Рішуча перебудова роботи охматмладу „напрямком утворення умов, що підвищують продукційність праці робітниць"... Поставлено завдання „ще далі знизити та попереджувати захоруваність серед робітників".

5) Московський партійний комітет запропонував усунути перекручування клясової лінії, бюрократизм, тяганину, черги; посилити боротьбу за якість.

6) Посилити московську санітарну організацію кадрами лікарів-комуністів.

7) Постанова говорить про потребу організувати на підприємствах групи сприяння охороні здоров'я та здоровосередків.

Ось вона наука Мосздороввідділу. Її треба всім органам охорони здоров'я Союзу і, зокрема на Україні, пильно урахувати. Великі дефекти керівництва охорони здоров'я в Москві зобов'язують нас підвести самокритику, немилосердно викривати власні прогріхи, бо немає сумніву, що багато з цих дефектів в більшій або меншій мірі є характерні не тільки для московських органів охорони здоров'я. І що раніше й повніше ми розкриємо ці дефекти, що рішучіше ми притягнемо до усунення цих дефектів маси робітників, колгоспників і медробітників, то впевненіше ми спроможемося запроваджувати чітку клясову лінію в справі охорони здоров'я, своєчасно виявляючи та усуваючи правоопортуністичні перекручування в теорії й на практиці.

Ми повинні насамперед найрішучішим темпом домогтися здійснення таких вирішальних заходів, що їх частково вже ми висунули раніше, а частково останнім часом висунуло саме життя.

1. Обернути ще рішучіше, аніж досі, справу охорони здоров'я так, щоб найбільше сил, коштів, кадрів та уваги скерувати на обслуговування найважливіших та провідних галузей промисловости, великих підприємств, ударних цехів, МТС, радгоспів, великих колгоспів. Треба кинути на кількісне розширення та якісне поліпшення медично-санітарної допомоги робітникам найважливіших галузей соціялістичного господарства не тільки ввесь приріст коштів на охорону здоров'я, але також і все, що можна дістати через перерозподіл коштів та на основі раціоналізації й економії.

Тут треба бюджети органів охорони здоров'я цілком перебудувати так, щоб у них з якнайбільшою чіткістю та цілковитою прозорістю відбивалася клясова лінія охорони здоров'я.

— Яку питому вагу мають витрати на металістів, шахтарів, хеміків, робітників МТС, радгоспів тощо в загальному бюджеті охорони здоров'я?

— Як обслуговується робітників найважливіших підприємств і навіть окремих цехів?

— Як саме відбито в бюджеті справу обслуговування маси жіночого пролетаріяту яслами?

Ось на ці запитання ми повинні дістати простої та абсолютно ясної відповіді вже із самих кошторисів органів охорони здоров'я. Оцей перехід від обслуговування „взагалі застрахованих" і „взагалі районів" до диференційованого та клясово чіткого обслуговування треба закінчити зараз же.

Поки значні групи лікарів ще відсиджуються в міщанських калюжах, а підприємства Донбасу на вкомплектовано цілком кадрами; поки стан медсанобслуговування застрахованих являє собою надзвичайну ріжноманітність на основі випадкових ознак, або рясніттме ознаками „уравнітельности"; доти, поки ми не досягли вищого, щодо якости та кількости, обслуговування найбільше уразливих та водночас вирішальних груп будівників соціялізму, — ми не можемо сказати, що виконали цілком постанову ЦК ВКП(б).

2. Разом із тим всередині кожного району й міста треба перербити структуру медико-санітарної організації так, щоб значне місце в ній забрала медико-санітарна організація на самих підприємствах, щоб кожний цех було забезпечено потрібним медсандоглядом і допомогою. Треба зібрати до купи медичну організацію на підприємстві, забезпечити її єдиним керівництвом, пов'язати якнайщільніше її роботу з роботою органів праці на підприємстві. Разом із тим треба забезпечити, щоб осередок цієї організації був і почувався в кожному окремому значному цехові (пункт першої допомоги). Діяльність усіх медробітників на підприємстві треба пов'язати з його господарчими та виробничими завданнями й процесами, надати цій діяльності характер профілактичної роботи та своєчасної допомоги потерпілому робітникові. Треба, щоб усі галузі життя підприємства (ясла, їдальня, кооперативна крамниця, фабзавуч, нові кадри, умови праці та відпочинку робітників тощо) було просякнуто систематичним медико-санітарним впливом і доглядом. Треба забезпечити медико-санітарну роботу на підприємствах найбільшою участю в ній єдиного диспансеру та всієї медичної організації даного залюдненого пункту. Ось це саме й відзначатиме реконструкцію обслуговування підприємств за принципом „цехів охорони здоров'я".

Поки в практиці реорганізації мережі на засадах єдиного диспансеру спостерігатимуться клясові перекручування, як-ось у вигляді „уравнітельного обслуговування", "за територіяльною ознакою"; поки органи охорони здоров'я не усвідомлять, що за потрібну та найістотнішу передумову єдиного диспансеру править утворення та зміцнення медсанорганізації на самому підприємстві; доти, аж поки сільська меддільниця не забезпечить МТС, радгоспів і великих колгоспів першочерговою меддопомогою, — ми не можемо сказати, що цілком виконали постанову ЦК ВКП(б).

А ось досвід запроваджених НКОЗ міжрайонних конференцій охорони здоров'я доводить, що в цьому ще геть не все гаразд. Ідею єдиного диспансеру розуміли та переводили в життя саме, яко зрівнювальну (Вінниця, Миколаїв); сільська меддільниця частенько позбавлена транспорту та ізольована від МТС і радгоспів; профілактичного дня або не здійснюють, або провадять його по старовинному. Меддільниця не присвячує цього дня оздоровній роботі по радгоспах, колгоспах, МТС, по передових ділянках сільського соціялістичного фронту.

3. Треба нам домогтися негайного зламу в справі розгортання самодіяльности в галузі охорони здоров'я. Треба, щоб секції охорони здоров'я міськрад, здоровосередки. групи сприяння, КОПІП'и, ради соціяльної допомоги, культурно-соціяльні комісії сільрад почали жити повним життям. Треба зміцнити силу та клясову пильність органів охорони здоров'я, додавши до неї силу та пильність мільйонних мас робітників, колгоспників, ударників, робкорів, додавши

до неї масу партійців, комсомольців і позапартійного активу працівників медично-санітарних установ. Треба вкупі з профспілкою організувати активність передових шарів медробітників, щоб домогтися ударних темпів і піднести якість роботи.

Отже, аж поки ми не перетворимо справу охорони здоров'я на справу самих мас, доти наші слова про самодіяльність лишаться пустою й парадною фразою. Насправді ж триватимуть й далі такі ганебні факти, як надання приміщень центру організованої самодіяльности — ми говоримо про будинок санітарної культури — під гуртожиток для артистів оперети (Макеївка), спостерігатимуться й далі відмови лікарів виїхати, щоб надати меддопомогу за нещасливого випадку в радгоспі (із фактів, що їх висвітлено на міжрайонній конференції у Вінниці).

Аж поки справа організації самодіяльности та масової санітарної освіти перебуватиме в теперішньому стані, поки керівники органів охорони здоров'я на місцях не зрозуміють, що це є вирішальна й найважливіша ланка в усій їхній роботі, ми не маємо права вважати, що виконуємо постанову ЦК ВКП(б).

4. Потрібно швидко й різко зрушити та створити справжній злам у справі підготовки нових практичних і наукових кадрів. Треба, зокрема, щоб справа підвищення кваліфікації та медичної освіти стала доступною для всієї маси медробітників, — лікпомів, санітарок та активу охорони здоров'я. Для цього треба ще ширше розвинути заочну медосвіту та використати за навчальну базу всю мережу кваліфікованої меддопомоги, що є в країні. Разом із цим потрібна ще більша жорсткість у справі територіяльного перерозподілу кадрів. Справа просування медичних кадрів до промислових районів і на село мусить стати найважливішою справою наших профспілкових органів і керівників справи охорони здоров'я. Неможна далі припускати такий стан, за якого розгортання медичної справи на вирішальних ділянках соціялістичного будівництва гальмувалося б тим, що значні шари міських медробітників окопалися в „підпіллі", радянської медицини, коли медробітники відсиджуються по „щілинах" радянської системи охорони здоров'я, сподіваючись „кращих часів". Справу правильного розподілу медичних кадрів мусить опанувати (зробивши її своєю) громадська та політична частина всієї армії медробітників. Ця справа мусить бути справою політико-громадського виховання відсталих груп. Тільки за цієї умови адміністративні заходи дадуть наслідки.

Треба водночас зо всією чіткістю й послідовністю здійснити підготову кадрів для профілактичних галузей. Треба негайно рушити кращих партійців і кращий позапартійний актив на санітарну, житлово-комунальну, харчову, санітарно-освітню, промислово-санітарну справу, на справу ОЗДП, охорони материнства, молодшого дитинства, на справу диспансеризації. Треба оголосити нещадну боротьбу з традиціями „вільної" професії, що, нажаль, частенько спричиняють „вільне" прилучення до „гінекології" і надто рідко прилучають до найважливіших профілактичних ділянок соціялістичної медицини.

Треба, нарешті, домогтися, щоб усі установи та особи, яким доручено підготову кадрів, чуло й уважно ставилися до цієї великої справи. Аспірант та інтерн повинні дістати якнайбільше з того, що їм може дати катедра або інститут, до якого їх прикріпили. Якщо

цього максимуму аспірант або інтерн не дістає, то ми маємо тут або правий опортунізм, або просто шкідництво, І по таких фактах треба бити зі всією більшовицькою рішучістю. Тільки за цієї умови стане неможливим повторення таких клясових перекручень, як теорія „хай аспіранти самі вчаться: здібний вирине, а нездібний хай іде собі геть“ (Харківська катедра хірургії), або „наш інститут не пристосовано готувати інтернів“ (Харківський інститут гігієни та патології праці).

Отже, поки можливі такі перекручування в найбільших наукових установах, ми не можемо гадати, що вже виконали постанову ЦК ВКП(б).

5. Також і на найважливішій ідеологічній ділянці охорони здоров'я, на ділянці науки є ще багато ідеологічних практичних та організаційних огріхів. Не дуже рідкі випадки явно механістичних та ідеалістичних вилазок (окремі праці Харківського психоневрологічного інституту та інституту гігієни та патології праці).

Діяльність наукових медичних товариств і навіть товариства лікарів-марксистів до останнього часу надто мало скеровувалося на розв'язання найважливіших проблем соціяльної гігієни й теорії радянської медицини, на добу будування підвалин соціялістичної економіки в країні.

Треба посилити клясовість і партійність у нашій науковій роботі, треба покласти край замкнености та індивідуалізму в науковій творчості. Треба перетрусити те ідеологічне сміття і шмаття, що іноді намагається паразитично присмоктатися до тіла радянської медичної науки.

Ось вони ті пропозиції, що ми повинні висунути, щоб унеможливити повторювання помилок Московського здоровввідділу на будь-якій дільниці української здоровоохорони. Радянська медицина в УСРР має чимало досягнень, — отже, то рішучіше та з більшою прямотою ми можемо бити по окремих своїх прогріхах, щоб усунути їх і полегшити шлях соціялістичної реконструкції охорони здоров'я.

Д. С. Каган

Про плянування охорони здоров'я в районі

У зв'язку з переходом на нову систему управління побудова перспективного пляну охорони здоров'я в районі, отже й складення контрольних цифр охорони здоров'я, набувають особливого значення. Важлива річ — встановити не тільки методологію цього плянування, а треба водночас встановити складові елементи пляну, треба зробити його реальним відповідно до потреб і фінансових та матеріяльних можливостей. Що ж до складання пляну, головне щодо свідомої його реалізації, то до цієї роботи треба притягти не тільки медичних робітників, але також і ввесь робітничо-селянський актив.

Досвід плянування охорони здоров'я в окружному розрізі та перевірка виконання цих плянів виявили ряд недоліків. Спостерігається насамперед тенденція підмінювати пляни бюджетовими розрахунками — річ, звичайно, негідна.

Колишні керівники справи охорони здоров'я в округах та їхній апарат, плянуючи охорону здоров'я, здебільшого обмежувалися пля-

нуванням тільки медично-санітарного обслуговування, подаючи частенько саме абсолютні цифри зростання мережі й заходів, зовсім не спиняючись на якісних показниках. І решта елементів здоровоохорончого пляну зовсім не підлягала пляновій аналізі. Адже не треба забувати, що якісні показники в зв'язку з рядом коефіцієнтів загально-економічного чину конче потрібні, щоб встановити певну ефективність заходів медично-санітарного обслуговування. Плянувати тільки саме медично-санітарне обслуговування, не ураховуючи загально-господарських плянів, не вточнюючи багатьох економічних коефіцієнтів, не знаючи певних перспективних змін показників культурно-побутового чину—неправильно, а з погляду пляну, навіть безграмотно.

Наркомздоров'я свого часу розробив матеріяли під назвою „Принципи побудування п'ятирічного пляну охорони здоров'я на Україні". Ці принципи обговорював з'їзд охорони здоров'я, їх було викладено місцям для керівництва, а тимчасом їх майже не засвоєно, а підчас плянування в окружного розрізі їх не ураховували.

Треба ще сказати про (якщо можна так висловитися) „кабінетність" плянування; пляну не виносили на широке обговорення. Тут, звичайно, є деяка провина профорганізацій. Плянів не доводили до окремих установ, до окремих робітників, а в тім господарчі пляни розроблюються так, що їх доводять до варстату (це по окремих підприємствах), бо саме так в умовах соціялістичного будівництва можна мобілізувати суспільність на успішне виконання пляну, можна справді перетворити плян у методу керівництва.

Ось такого відриву від метод і темпів плянування господарських галузей (себто кабінетним чином) конче треба уникати, плянуючи охорону здоров'я в районовому розрізі. Адже самий перехід на районове управління саме мав на меті притягти ширші кола трудящих мас до керівництва соц. будівництвом.

Перспективний плян охорони здоров'я повинен складатися з трьох основних частин:

а) Вивчення економіки району та пляну її розвитку;

б) Культурно-побутовий рівень населення в районі та перспективи дальшого розвитку.

в) Медико-санітарне обслуговування району (за цього урахувати перспективи розвитку економіки та піднесення культурно-побутового рівня.

Кожна із цих складових частин, як окремий етап роботи, мусить стати майном широких мас.

Так само, як без санітарної освіти не може бути активної участи мас в справі охорони здоров'я, неможна також без плянової освіти в галузі здоровоохорони, без основних знань в галузі загально-господарчого плянування — забезпечити правильну побудову здоровоохорончого пляну.

Сміливо заявляємо тут, що санітарна освіта мусить включити до своєї тематики також питання щодо освіти в галузі плянування здоровоохорони. Плян, правильно складений, реальний в розумінні його виконання за участи широких пролетарських мас, править в період диктатури пролетаріяту за методу керівництва, що забезпечує дальше зміцнення та посилення соціялістичного будівництва в нашій країні.

Отже охорона здоров'я в усьому пляновому господарстві набуває величезного значення. Треба цілком зректися складення формальних плянів: треба, щоб плян дійсно став майном широких мас (ми про це вже згадували). Треба, щоб нарівні з господарчими плянами, плян здоровоохорони був доведений аж до окремого медичного робітника, який на основі викладеного йому господарчого пляну повинен скласти зустрічний плян, застосовуючи всіх тих метод, що довели вже свою корисність в господарчому плянуванні.

Наведемо тут два-три приклади. За пляном накреслено перепускну спроможність лікарні на 30 ліжок; і ось розраховано, що лікарня на 30 ліжок протягом операційного року повинна перепустити 700 хворих, що мають провести в ній близько 10000 ліжко-днів. А лікар цієї лікарні, що добре знає місцеві умови, в яких перебуває населення його району, за матеріялами минулих років, скоротить нам, суто по господарському, термін ремонту лікарні, доведе нам це й скоротить час, коли лікарня не працює, і зустрічний плян використання лікарні становитиме вже перепуск 900 хворих (звичайно, за умови непогіршення якости обслуговування). Ось саме приклад зустрічного пляну від робітника установи. Сюди треба приєднати зменшення прогулів ліжок, правильну постановку догляду хворих й ряд інших елементів, так званих внутрішніх ресурсів, що своїм підсумком мають здебільшого кращі показники, яких можна дійти протягом операційного року.

Іще приклад: лікарня має зв'язок із пунктами першої допомоги. Пункт першої допомоги завантажує лікарню, тоді як за правильного настановлення роботи пункту, належного обладнання його, можна уникнути неефективного навантаження лікарні.

Наведемо ще один приклад із галузі плянування фінансового покриття. Центр, плянуючи це покриття, бере на увагу передусім бюджетові джерела й складає директиви місцям, щоб використали вони позабюджетові джерела та підкорили їх єдиному плянові. Мобілізація цих джерел повинна йти лінією кооперативних організацій, професійних, з коштів самого населення, місцевої промисловости тощо. Не втягуючи до цієї справи робітниче-селянського активу, неможна мобілізувати джерела фінансування. І саме правильно поставлена робота на місцях значно підвищить розміри коштів, потрібних на покриття плянових передбачень, зробить реальнішими плянові заверстки, що їх неможна покрити коштом бюджетових асигнувань.

Плянування охорони здоров'я взагалі, а зокрема — медично-санітарного обслуговування є справа досить складна. Проте, не треба побоюватися труднощів цієї справи. Хоча й відстали ми від господарчого плянування, щодо темпів його, але за дружньої роботи центрального апарату й периферії, за пильного додержування плянової дисципліни, за правильного розподілу плянової праці, ці труднощі можна легко подолати.

В. Кохан

ПРО ПОЛІПШЕННЯ МАТЕРІЯЛЬНОГО ПОСТАЧАННЯ МЕРЕЖІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

(До пляну на 1931 рік).

Умови нашої реконструктивної доби та завдання, що стоять перед системою охорони здоров'я вимагають поліпшення справи постачання, яко матеріяльної бази для здійснення завдань системи, покликаної здійснити чималу ланку роботи щодо ремонтування здоров'я трудящих.

Справді бо, якщо раніше майже кожна медустанова мала змогу задовольняти свої господарчі потреби безпосередньо в різних господарчих організаціях, то тепер, в умовах, за яких суворе плянування всього народнього господарства країни опанувало належне йому місце, справу постачання медустанов можна розв'язати також лише пляновим порядком через наркомат охорони здоров'я. Оце саме взяла за основу своєї роботи група постачання, склавши плян своєї роботи на 1931 рік.

Про самий плян на 1931 рік після його затвердження колегією мабуть окремо подамо на сторінках бюлетеня, а тепер маємо визначити деякі його моменти.

Складаючи плян, довелося стикнутися, як з основною перешкодою—з відсутністю в НКОЗ більш-менш повних відомостей про стан матеріяльної забезпечености медустанов, устаткуванням їх білизною та інш.; бракувало відомостей, що дали б змогу обрахувати дійсну потребу нашої системи в постачанні та стали б за обґрунтовання заявок НКОЗ до органів, що плянують та регулюють.

Отже плян передбачає насамперед вивчити стан периферії щодо постачання.

Проте, незалежно від загального вивчення стану периферії (запровадження широкої інвентаризації та зосередження в НКОЗ відомостей про господарчий стан медустанов) ми вважаємо за своєчасне вже тепер загострити увагу периферії на її заявках на матеріяли та крам.

Передусім, треба рішуче відмовитись від заявок, так-би мовити, „взагалі".

Такі заявки, на превеликий жаль, ми досі маємо.

Автори цих заявок вважають, що оскільки процент задоволення заявок НКОЗ незначний, треба писати заявку на якомога більшу кількість.

Треба на це заявити, що всякий розподіл провадиться не тільки на підставі заявок, але також за певними показниками (кількість ліжок, їдців тощо), а тому такі необґрунтовані перебільшені заявки на кращий випадок є зайві, а частенько тільки гальмують справу постачання (бо в усякому разі доводиться витрачати чималий час на їхній розгляд).

Далі треба звернути увагу, щоби кожна заявка не тільки відображала дійсну потребу медустанови в тих або інших матеріялах, але була водночас обґрунтована певними показниками й цим давала-б НКОЗ змогу й собі теж обґрунтовувати його заявки до постачальних організацій.

Конкретно, гадаємо, що заявки на продукти та матеріяли повинні містити в собі такі відомості:

1) Загальні показники: кількість ліжок, хворих, про медичний та допоміжний персонал (залежно від того, на що саме подається заявку).

2) Потреба в матеріялах, що на них подається заявку, на рік із розподілом по кварталах.

3) Наявність (на місці) тих самих матеріялів на початок року або на найближчу дату до дня подачі заявки (якщо останню подають у середині року).

За такої умови заявка становитиме ріжницю між обрахованою загальною потребою та наявністю того або іншого матеріялу.

Ураховуючи дефіцит більшости потрібних для мережі медсанустанов матеріялів та безперечну потребу додержуватись суворої економности, треба пильнувати, щоб подавані відомості, особливо щодо наявности матеріялів, цілком відповідали дійсності.

Подані до НКОЗ відомості перевірятиметься так за звітними матеріялами периферії, як і на місцях через інспекторів. Осіб, що подали неправдиві відомості, притягатиметься до відповідальности.

Нарешті, щоб прискорити проходження заявок та своєчасно одержувати відповіди на запитання, треба, щоб периферія все листування в справах постачання відокремила від інших питань та подавала їх на окремих аркушах за таким розподілом питань:

1) Харчові продукти, мило та „глорія";

2) Мануфактура, м'який інвентар, трикотаж та нитки.

3) Твердий інвентар, паливо та автомайно;

4) Спецодяг, речі господарчого вжитку та форми первісної документації;

5) Фураж та тваринництво.

Такий порядок забезпечить стан, за якого листи швидко й своєчасно потраплятимуть саме до того відповідального виконавця, що працює в одній з перелічених п'яти галузей постачання; буде усунено ненормальний порядок, за якого комбінований (себто, що містить декілька питань) папірець мандрує по секторах НКОЗ, окремих виконавцях то-що, в наслідок чого деякі запитання іноді залишаються без відповіді.

Отже виконання периферією вимог, що їх тут викладено, правильна організація постачання в самому наркоматі та допомога наших органів, що регулюють і плянують, — оце все безперечно сприятиме поліпшенню матеріяльного постачання нашої мережі.—

М. Черкес

Наукова Рада Українського Державного Інституту венеричних і шкіряних хвороб на Дніпрельстані

Наш інститут, побудовуючи плян своєї роботи, а також у процесі практичного запровадження її приділяє ввесь час чималу увагу питанням систематичної науково-консультативної допомоги своїм переферійним організаціям. Провадиться через наукове консультаційне бюро інституту усна та листовна консультація, низка виїздів наукових робітників інституту на периферію, де й собі здійснюється наукова-практична консультація, складаються доповіді на лікарських нарадах і конференціях. У своїй роботі інститут віддає належну увагу питанням зв'язку з робітничою громадськістю, виносячи на обговорення робітничих мас свої наукові досягнення та пляни своєї роботи. Ряд наукових конференцій інституту, що відбулись на заводах, фабриках і в робітничих клюбах, довели величезну активність робітників, що жваво обговорювали поставлені питання, що цікавилися роботою інституту, обіцяли в роботі допомагати й самі удавалися до допомоги інституту. Останнім часом інститут включив у сферу своєї науково-консультативної уваги одну з найважливіших дільниць соціялістичного будівництва — Дніпрельстан. Наша пропозиція зустріла надзвичайно живий відгук від партійної та робітничої суспільности Дніпровського будівництва, і бригади наукових робітників інституту було запрошено на Дніпрельстан, щоб там провести наукові доповіді та взяти науково-практичне шефство над медико-санітарною організацією в Дніпрельстані.

Зважаючи на виключну увагу, що приділяє вся радянська наука та суспільність дніпровському будівництву, надаючи велике науково-практичне значення данному виїздові, наукова рада Держінституту венеричних і шкіряних хвороб вирішила повним своїм складом виїхати на Дніпрельстан.

Прагнучи виконати всі поставлені завдання, керуючись завчасно накресленим пляном, наукова рада спочатку ознайомилася з усією медично-санітарною мережею Дніпрельстану, звичайно, зосереджуючи увагу переважно на роботі венерологічної організації.

Спеціяльне методичне обговорення питань боротьби з вензахоруванням, — з робітниками вендиспансеру, а також консультативні бесіди провели члени наукової ради венінституту — проф. Кричевський, приват-доценти Бурлаков, Войташевський. Прийом охопив спеціяльно виділених для цього хворих, що потрібували належної консультації. Остання тривала 4 години й дала чимало в розумінні встановлення діягнози, визначення лікування в багатьох нез'ясованих і складних випадках. Консультація одночасно ознайомила диспансерних робітників із сучасними методами діягностики та лікування, що саме тепер провадить венінститут. Інструктивну нараду з ляборато рними робітниками та робітниками охматдиту, що на Дніпрельстані, провели завідателі експериментального відділу і сифілітичного відділку інститута.

Увечері відбулося в клюбі урочисте об'єднане засідання партійного, громадського та професійного активу спільно з робітниками Дніпрельстану. Величезна авдиторія дуже уважно заслухала декілька доповідей, які склали робітники інституту: „Роль суспільности в боротьбі з вензахоруваннями", (доповідь склав директор інституту прив. доц. Федоровський, а зав. Дніпрельстанського вендиспансеру лікар Кунін промовив доповідь про захорування робітників Дніпрельстану на венхороби).

Український державний венерологічний інститут узяв шефство над всією медично-санітарною організацією Дніпрельстану. Складений договір покладає на інститут безпосередньо керувати вендиспансером Дніпрельстану в усій його науково-практичній роботі; систематично відряджувати доповідачів із науковими доповідями на засідання наукової асоціяції, допомагати літературою тощо. Проєкт договора авдиторія ухвалила цілком одностайно із великим запалом. Промовці-робітники відзначили величезне громадське та політичне значення з'єднання робітників науки із робітництвом від варстату, бо цей приїзд переконав дніпрельстанівців, що більшість наукових робітників дійсно прагне допомогти їм виконати величезне соціялістичне завдання — збудувати великий Дніпрельстан, що править за один з найбільших етапів на шляху будівництва соціялізму.

У бесіді із одним з керівників дніпровського будівництва, спільно з ним наукова рада інституту відзначила ряд заходів, що потрібні на поліпшення здоровохоронної справи на Дніпрельстані, причому було зазначено деяку невідповідність між темпами розвитку будівництва та розвитку медично-санітарної допомоги, потрібної для робітників будівництва. Відмічаючи, що на будівництві спостережено окремі вибухи кишкових, венеричних інфекцій, що в цьому є чимала небезпека для всієї справи

будівництва, наукова рада обстоювала посилення організаційних заходів і матеріяльних асигнувань на справу охорони здоров'я на Дніпрельстані.

Довелось робітникам інституту ще декілька разів безпосередньо стикнутися і здійснити справжній зв'язок з робітниками Дніпрельстану. Підчас огляду фабрики-кухні директор інституту відвідав зльот 4.000 ударників, що саме там відбувався, на якому святкували 100% виконання зустрічного промфінпляну. (кладку 500.000 кубометрів бетону). Привітаючи учасників зльоту, ще раз робітники інституту підкреслили величезну важливість єднання праці й науки в справі будівництва соціялізму, висловивши свою впевненість, що робітники інституту, захоплені ентузіязмом Дніпрельстанських ударників, і собі теж піднесуть темпи своєї наукової роботи й всю свою діяльність і знання віддадуть на службу робітничій клясі, колективізованому селянству й бідняцько-середняцьким шарам села.

Нарешті відбулася в поліклініці Дніпрельстану засідання наукової асоціяції Дніпрельстану, в якому (засіданні) взяли участь не тільки медично-санітарні робітники будівництва, але також і більшість лікарів Запоріжжя, що саме для цього прибули з міста. Доповіді проф. Кричевського на тему „Дерматологія в пограничних галузях медицини" і приват-доцента Бурлакова на тему „Сучасні методи лікування жіночої гонореї" було заслухано з надзвичайним інтересом, що й доведено було низкою наступних промов переферійних робітників.

Учасники поїздки на Дніпрельстан надалі виконають свої обіцянки робітникам Дніпрельстану. Це робитиметься вже порядком виконання пунктів умови про шефство, робитиметься зовсім незабаром. Ми сподіваємося знову відвідати Дніпровське будівництво.

Офіційна частина.

НА ДОПОМОГУ ВЕСНЯНІЙ СІЛЬГОСП. ВИРОБНИЧОЇ КАМПАНІЇ

54. Про утворення штабів зв'язку до весняної сільгосп-виробничої кампанії 1931 року*)

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад та райздоровінспекторів. Копія — до всіх райкомів МСТ, до НКОЗ АМСРР

Підготовна робота до весняної сівби ц. р. та участь медперсоналу в переведенні цієї кампанії, вимагають певної системи та контролі. Тому в низці міст України утворюються штаби по переведенню цієї роботи — під безпосереднім керуванням голів секцій охорони здоров'я міськрад, або РЗІ, що цілком відповідають за правильне переведення всієї кампанії допомоги медперсоналу весняній сівбі.

На голів штабів покладаються обов'язки:

1. Налагодити зв'язок з районами колишніх округ, що їх приєднано до штабів, у розумінні виявлення потреб цих районів, зокрема в медкадрах.

2. Одержати від РЗІ відповідних районів пляни організації підготовної роботи (розгортання курсів та гуртків першої допомоги, одержання аптечок, перевірка та налагодження санстану, харчування, утворення ясел тощо) та планів використання медбригад, що надсилатимуться з міст.

3. Сприяти реалізації цих плянів.

4. Безпосередньо провадити мобілізації медперсоналу до районів.

5. Розгорнути широку ініціятиву мас медробітників щодо організації зустрічних плянів по мобілізації медкадрів на район на час весняної сівби — на базі соцзмагання.

*) Розіслано місцям 17 лютого 1931 року.

6. Одержувати від РЗІ щодекадно відомості про хід всієї роботи зі вказівками про перешкоди та цьому шляху. Штаби й собі щодекадно обов'язково повідомляють про хід роботи інформгрупу НКОЗ та ВУК МСТ.

7. Своєчасно та терміново сигналізувати до всіх належних істанцій (інформгрупа НКОЗ, ВУК МСТ, районна преса) про всі хиби, що гальмують виконання накреслених плянів.

8. До складу штабів обов'язково увіходять представники райкомів МСТ та УЧХ. Штабам розпочати роботу негайно, провадячи її чітко, своєчасно та з повною свідомістю про відповідальність за переведення в життя найважливіших с. г. кампаній.

Заст. Наркомздоров'я **Туркельтауб**

ВУК МСТ **Рога**

(Спільн. об. лист НКОЗ ВУК МСТ з 17 лютого 1931 р. ч. 16 — 610).

Затвердив

За Наркомздоров'я *Туркельтауб*

Погоджено з ВУК МСТ *Рога*

55. Інструкція

до роботи медбригад на селі підчас сезонних робіт.

1. РЗІ повинні до приїзду медперсоналу з міст мати певний плян використання медкадрів у районі й стежити за виконанням цього пляну протягом усього періоду польових робіт.

2(Завдання медбригад виявляються, виходячи з таких основних установок:

а) медбригади повинні не тільки надавати медико-санітарну допомогу та переводити культосвітню роботу, але насамперед брати активну участь в усій соціяльно-економічній перебудові сел, що колективізуються, або вже колективізовані;

б) демонстрація на ділі досягнень у галузі охорони здоров'я по соцсектору села (ясла, дитмайданчики, їдальні тощо) є найкраща агітація перед одноосібниками за вступ до колгоспів.

3. Отже завдання так прибулих медбригад, як і існуючих медустанов є:

1) ознайомлюватися на місці з обставинами (в колгоспі, радгоспі, МТС);

2) утворити навколо себе громадський актив (зокрема жіночий та з молоді), притягуючи його до оздоровних заходів;

3) доводити до кожного колгоспника та радгоспника відомості про головні потреби охорони здоров'я в соцсекторі села;

4) безпосередньо брати участь та сприяти:

а) організації праці по колгоспах,

б) організації громадського харчування на селі та в полі,

в) організації медсандопомоги населенню на селі та в полі,

г) організації ретельного меддогляду колгоспників, що звертаються з приводу захорувань, маючи на меті боротися з симуляцією та аграваціею,

д) організація оздоровлення селянських хат (дезінсекція), організація лазень, пересувних душей на полі, пралень,

е) організація постачання молоком ясел, хорих дітей, школярів (за усупільнення молочної худоби),

ж) організація медогляду робітників колгоспних майстерень,

з) організація ясел (в тому числі й польових) та дитмайданчиків,

і) організація піонерзагонів,

к) організація гарячих сніданків для школярів,

л) організація здорового відпочинку та фізкультурних занять,

м) організація лікарської контролі роботи польових медпунктів та санстану таборів, а також забезпечення таборів аптечками швидкої допомоги.

н) організація широкої саносвітньої праці з акцентом на попередження с. г. травматизму, профілактиці інфекційних та соціяльних захорувань та на боротьбі з алькоголізмом та знахарством.

4. Ось установки для РЗІ щодо використання медперсоналу, що надсилатиметься з міст:

а) РЗІ повинні передусім забезпечити персоналом соцсектор села

б) насамперед з прибулих медкадрів заповнюються вакантні посади по медамбуляторіях, щоб тим самим дати можливість організувати меддопомогу й на селі і в полі,

в) зублікарів теж надсилають спочатку на вакантні місця й там, де є встаткування, потім організуються пересувні зубкабінети

г) педіятри так із власних районних дитконсультацій та дитпрофамбуляторій, як і з прибулих, обслуговують дитяче населення комун, великих колгоспів, радгоспів та МТС — за вказівками РЗІ.

д) укомплектувавши вакантні місця, РЗІ формують додаткові сезонні лікпрофустанови, як от: 1) сезонні амбуляторії — по глухих, але досить залюднених і колективізованих селах, 2) пересувні польові амбуляторії, 3) сезонні пункти першої допомоги, 4) польові пункти першої допомоги (стаціонари та пересувні),

е) структуру сезонних та польових амбуляторій щодо їхнього штату встановлює РЗІ на базі наявних медкадрів, причому сезонні амбуляторії комплектуються з кваліфікованіших фахівців на базі більшої диференціяції меддопомоги,

ж) хірурги та гінекологи водночас є консультантами для районних лікустанов та притягуються для спільної роботи (операцій) в лікарнях нарівні з постійними лікарями,

з) лікарі-хірурги привозять з собою, що можливо для операційної роботи й чого бракує в сільських умовах,

і) для встаткування при сезонних амбуляторіях примітивних діягностичних ляборaторій РЗІ повинні передбачити кімнати для них,

к) у разі потреби до сезонних амбуляторій прикомандировуються додатково з міст через РЗІ лікарі вузьких фахів (очники, отоляринґологи, венерологи тощо).

л) сезонні медпункти першої допомоги утворюються по всіх МТС, великих колгоспах та радгоспах. До штату їх може входити один лікпом,

м) польові медамбуляторії (пересувні) переводять роботу виключно на полі, не більш двох тижнів на одному вчасткові. Кожні 2 тижні амбуляторія переходить до іншого участку с. г. праці за вказівками зав. меддільниці або РЗІ. Транспорт для цих амбуляторій, палатки надають колгоспи та радгоспи,

н) на чолі польових пунктів першої допомоги можуть стояти лікпоми, сестри, акушерки, сестри запасу УЧХ, студенти-медики.

5. На час роботи бригади перебувають у безпосередньому розпорядженні завмеддільниці, на терені якої вони працюють, або РЗІ, коли роботу переводиться там, де зовсім немає медустанов.

6. Закінчивши роботу, кожна бригада обов'язково подає до свого від'їзду докладний звіт до РЗІ про свою діяльність; РЗІ надсилають звіти до НКОЗ (лікпрофгрупа).

7. Уся робота медперсоналу щодо участи в весняній сівбі повинна проходити під гаслом широкої громадської ініціятиви та соцзмагання окремих меддільниць, окремих медбригад.

8. РЗІ щодо висвітлення ходу підготовної роботи та участи медперсоналу в весняній сівбі надсилають інформзведення до штабів засівкампанії, районної преси, часописів: „Укрмедробітник", „Радянське Село", „Соцперебудова".

56. Про саносвітроботу підчас весняної с.-госп. виробн. кампанії

(Окремо не надіслано)

До міськрад (секцій охорони здоров'я), до РВКів (райздоровінспекторів) та медсанупрів. Копія НКОЗ АМСРР

Незабаром розпочнеться весняна посівна кампанія. Санітарноосвітня організація повинна якнайретельніше провести підготовчу роботу до весняної сівби та підчас самої сівби якнайширше обслужити всю масу сільгоспробітників та колгоспників!

Виходячи з цього, Наркомздоров'я пропонує:

1) Негайно розгорнути куточки здоров'я по комунах і радгоспах, відбивши у них питання гігієни с. г. праці, боротьби з алькоголізмом, громадського харчування та боротьби з весняними пошесними інфекціями.

2) Розгорнути протягом березня місяця короткотермінові курси першої допомоги, за програмою, що її надіслано, скориставши надалі осіб, що прослухають курси, як чергових по табору, бригадирів тощо, які матимуть надавати негайну допомогу до приїзду лікаря в степу, на місці робіт.

3) Вжити заздалегідь заходів щодо найширшого безплатного розподілу спеціяльного числа журналу „Шлях до здоров'я, присвяченого весняній сівбі, замовивши додатковий тираж через редакцію журналу або через представництво ДВОУ.

4) До санітарно-освітньої роботи треба притягти всю лікарську масу, організувавши завчасну інструктивну роботу щодо методики й тематики с.г. роботи підчас сівби, постачивши тезами розмов, масовою літературою для роздачі на місцях та наочним приладдям для с/г роботи.

5) На час засівної кампанії треба організувати виїзди пересувних виставок до районів великих комун, колгоспів і радгоспів, виїзди пересувних консультацій з питань гігієни праці, відпочинку й побуту та забезпечити широку консультацію після лекцій та доповідей.

6) Треба якнайширше скористати для саносвітроботи театр, кіно та радіоустанови та організувати масові слухання радіопересилань Харківського Радіоцентру (календар надіслано додатково).

7) Усю санітарно-освітню роботу треба щільно ув'язати з загальною політосвітроботою так щодо пляновости, як і змісту, методів й форм роботи.

8) Оскільки допоміжна робота від громадських організацій охорони здоров'я набуває надзвичайного значення, треба рішуче пожвавити роботу КОПІП'ів, осередків охорони здоров'я, надавши їй практичний напрямок та використовуючи членів цих організацій на практичній громадській оздоровчій роботі (перевірка виконання розпоряджень центральних та місцевих організацій щодо охорони здоров'я, догляд місць роботи та відпочинку, організація оздоровних заходів, організація тверезого здорового відпочинку тощо). Там де таких закладів немає, їх треба не гайно утворити.

10) Із замовленнями на літературу та наочне приладдя треба звертатись до медичного склепу Книгоцентру (Харків, Купецький спуск № 2).

За Наркомздоров'я **Туркельтауб.**

Кер. групи санкультури **Кузнецов**

(Об. розп. НКОЗ з 19 лютого 1931 р. ч. 422-19).

57. Про перевірку виконання розпорядження НКОЗ щодо складання місцевих умов з окремими радгоспами та ліспромгоспами на їхнє медобслуговування

До всіх РВК (РЗІ) та Міськрад секцій охорони здоров'я (копія); до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

В бюлетені НКОЗ Ч. 14—16 (Вересень 1930 року) вміщено було розпорядження по лінії всіх РЗІ про:

1) перевірку стану медсандопомоги по радгоспах та лісгоспах і забезпечення них цією допомогою;

2) складання умов з радгоспами та лісгоспами щодо медобслуговування останніх — на підставі типової умови НКОЗ зі всіма радгоспоб'єднаннями (див. зазначений бюлетень ч. 14—16).

З одержанням цього пропонується:

1) закінчити складання місцевих умов зі всіма радгоспами та ліспромгоспами, коли на території. Вашого району є радгосподарства, яких умовами ще не охоплено.

> Увага: складаючи умови, треба мати на увазі, що крім реалізації пактів самої умови, необхідно налагодити систематичні виїзди до радгоспів та ліспромгоспів лікарів з найближчих лікустанов для медсанобслуговування робітників, та стежити ввесь час за цією роботою.

2) Терміново надіслати до НКОЗ такі відомості:

а) з якими радгосподарствами складено вже умови:

б) як забезпечено реалізацію пляну розвитку лікпрофустанов по радгоспах та ліспромгоспах в районі на 31 рік, так від РЗІ та секцій охорони здоров'я, як і адміністрації радгосподарств.

3) Ще до початку весняної сівби 1931 року зробити генеральну перевірку санстану радгоспів та ліспромгоспів та ліспромгоспів, зокрема щодо забезпечення належним житлом робітників, що вже

працюють та тих, що намічені в перспективному пляні радгосподарств на 31 рік.

4) Подати конкретні вимоги до адміністрації радгосподарства щодо переведення оздоровних заходів на підставі постанов Уряду від 20 березня 1929 року та 12 січня 30 року*), і в разі невиконання ними пропозицій — негайно повідомляти НКОЗ.

За. Наркомздоров'я **Туркельтауб**

Керівник лікпрофгрупи **Сиротенко**

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

58. Про організацію невідкладної допомоги та нічних чергувань.

Додаток до положення про швидку допомогу (див. бюл. № 4—5)

Наркомздоров'я систематично одержує скарги в різних міст та робітничих селищ на те, що там кепсько поставлено організацію швидкої та невідкладної допомоги. З деяких місць надходять відомості про неможливість дістати такої допомоги, особливо вночі та після скінчення роботи амбуляторій та поліклінік. В низці місць організація швидкої та невідкладної допомоги зовсім відсутня.

Такий стан є зовсім неприпустимий та вимагає негайної реорганізації.

Тому Наркомздоров'я категорично пропонує негайно розпочати організацію швидкої допомоги в містах, робітничих селищах і значних залюднених пунктах районів.

Основні принципи організації швидкої допомоги такі:

1. В усіх містах, де є **„Станції швидкої допомоги"**, як центральні організації без периферичних відділків або філіялів, треба організувати районові підстанції для обслуговування певної частини міста (стосуються міст Харкова, Києва, Одеси, Дніпропетровська) або відповідно розширити транспорт центральної станції.

2. У зазначених в п. 1 містах районова підстанція швидкої допомоги організується, яко нічні чергування медперсоналу (лікаря, а в разі потреби й лікпома) при периферичних робітничих поліклініках, лікарнях або міських амбуляторіях. Кожна районова підстанція обов'язково постачається власним черговим транспортом для виїздів медперсонала.

3. У місцях, де станції швидкої допомоги не існують зовсім, треба організувати нічні чергування медперсоналу при існуючих поліклініках, амбуляторіях або лікарнях.

4. Організовані в такий спосіб пункти нічних чергувань обслуговує окремо виділений для цього персонал. У разі відсутности окремого персоналу, до нічних чергувань треба притягати за чергою медперсонал даного міста або селища.

Чергування повинні бути платними.

5. Нічні чергування медперсоналу провадиться з 7 год. вечора до 6 год. ранку, причому обов'язково на території тієї лікустанови, при якій організовано пункта нічних чергувань.

*) Ці постанови надруковано в „Збірникові розпоряджень у справах охорони здоров'я (1929-30 р.р.). Збірник розіслано до всіх РВК і міськрад.

6. Кожний пункт нічних чергувань має в усіх випадках власний транспорт. Транспорт пунктів повинен бути підчас чергувань завжди напоготові до виїзду.

7. На пункті нічних чергувань повинна завжди бути напоготові спеціяльна лікарська сумка з необхідними медикаментами, інструментами та іншим приладдям для надання швидкої допомоги.

Примітка: список обладнання лікарської сумки додається.

8. Медперсонал пунктів швидкої допомоги або нічних чергувань повинен виїжджати на виклики лише в тих термінових та невідкладних випадках, коли за існуючим „**Положенням про станції швидкої допомоги**“ остання повинна виїжджати, а саме: в усіх нещасних випадках, в усіх випадках самогубств, отруєнь та випадках раптових та інших захворувань, що загрожують життю (детально дивись „Положення про станції швидк. допомоги“ Бюл. № 4—5).

9. Виїжджаючи на виклик, лікар обов'язково залишає на столі дежурної кімнати певну адресу хворого на випадок в разі потреби його швидко розшукати.

10. Пункти нічних чергувань повинні надавати невідкладну допомогу й на самому пункті (ріжні термінові перев'язки за поранень, промивання шлунку за отруєнь, гострих сердцевих припадків та інш.).

11. Щоб здійснити зазначені в п. 10 завдання, при пунктах нічних чергувань повинна бути, крім кімнати чергового медперсоналу, відповідно встаткована та обладнана маніпуляційна кімната.

12. Пункти нічних чергувань провадять точну реєстрацію всіх випадків надання допомоги, детально зазначають характер цієї допомоги.

13. За наявности в містах, робітничих селищах або інших залюднених місцях телефонного зв'язку, на пункті нічних чергувань треба обов'язково встановлювати телефон.

14. Пункти нічних чергувань або районові підстанції діють за загальними принципами „Положення про станції швидкої допомоги“ та надають допомогу всім громадянам безкоштовно.

15. Пункти нічних чергувань обов'язково визначаються шкляним з трьох боків ящиком — лихтарем з написом на матовому шклі червоною фарбою „Пункт негайної медичної допомоги“.

16. Такий самий ящик — лихтар слід вивішувати біля дверей платних аптек, при чому на шклі треба зазначати адресу та № телефона найближчого пункту нічних чергувань.

Примітка: ящик-лихтар слід робити таким розміром: передній бік — 50×60 см., розмір шкла 45×52 см., з боку 25×60 см., розмір шкла 22×26 см. Останні боки дерев'яні.

17. Про утворення пунктів нічних чергувань слід широко інформувати населення, вивішуючи плякати в усіх лікустановах, аптеках, великих установах та взагалі в місцях громадського скупчення. В цих плякатах слід обов'язково висвітлювати мету та завдання пунктів нічних чергувань.

18. Щоб уникнути зайвих викликів з боку населення та щоб визначити певний обсяг роботи пунктів нічних чергувань, треба добитися від РВК'ів видання обов'язкових постанов, покладаючи

в основу останніх. „Інструкцію про роботу станцій швидкої допомоги“ (див. бюл № 4—5).

19. Пункти нічних чергувань при робочих поліклініках утримуються так коштом місцевого бюджету, як і фонда меддопомоги.

Спис обладнання лікарської суми (до § 7)

а) *Медикаменти*:

1) Камфора в амп., 2) Кофеїн в амп., 3) Морфій в амп., 4) Атропін в амп., 5) Ерготин в амп., 6) Адреналін в амп., 7) Амілнітрит, 8) Вапна цукрова, 9) Винна кислота, 10) Таннін, 11) Сірчанокисла магнезія, 12) Мангановий калій, 13) Сода, 14) Розчин оцетовокислого амоніяку, 15) Розчин гипосульфита, 16) Розчин брома, 17) Спирт медицин., 18) Іод-бензин, 19) Сірчанокисле залізо, 20) Хлоралгидрат, 21) Гліцерин, 22) Клеоль, 23) Етер, 24) Їдкий амоніяк, 25) Валеріян. краплі, 26) Палена магнезія, 27) Розчин бриліянт. зелени або бромферон.

б) *Інструментарій*:

1) Шпадель, 2) Зонд жолобкуватий, 3) Зонд пуговчатий, 4) Скальпель, 5) Пеанов—2 шт., 6) Пінцетів—2 шт., 7) Язикодержак, 8) Ножиці, 9) Роторозширювач, 10) Палець метальовий, 11) Бритва, 12) Термометр, 13) Шприц, 14) Стетоскоп, 15) Катетер, 16) Зонд шлунковий, 17) Мензурка, 18) Рушник, 19) Мило, 20) Фартух гумовий, 21) Бікс зі стерильн. матер., 22) Джгут, 23) Бінти, 24) Вата, 25) Лігнін.

Заст. Наркомздоров'я — **Кустолян**

Заст. керівника лікар. проф. групи — **Аронштам**

(*Прот. Колеґії НКОЗ № 5/20 з 18 лютого 1931 р.*).

СТАНЦІЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

(Додаток до п. 12)

№.................... дня 19.......р.

Час виклику....................виїзду....................прибуття....................
повороту....................
Хто запрошував: приватна персона, міліція, установа....................
....................
Що повідомлено
Місце випадку: квартира, вулиця, установа, двір....................
....................
Ім'я і прізвище....................
Заняття.................... Вік....................
Адреса
Діягноза
....................
Причина
Допомога....................
....................
Хворого залишено на місці, транспортовано до лікарні....................
....................додому, до станції....................
Стан
Примітка....................

Черговий лікар

Затвердив: Нарком Охорони Здоров'я
т. Канторовіч 23 січня 1931 р.

59. ПОЛОЖЕННЯ

про кабінети лікарської контролі з фізкультури при єдиних диспансерах, поліклініках та будинках санкультуви, будинках фізкультури і профспілкових фізкульторганізаціях.

1. Кабінети лікарської контролі з фізкультури існують при єдиних диспансерах поліклініках, будинках санкультури та профспілкових фізкультorганізацях.

Робітники цих кабінетів в адміністративно-господарчій частині підкоряються завідувачеві установи, що при ній такі кабінети існують, а в методологічній частині роботи — виключно керівництву органів охорони здоров'я (це стосується також і кабінетів при профспілкових організаціях).

2. Основним завданням цих кабінетів є:

а) провадити лікарську контролю правильної постановки фізкультури, що її провадять всі організації та установи, прикріплені до цього кабінету;

б) бути за консультаційний центр для всіх лікарів, що провадять масову медичну контролю фізкультури в межах діяльности цього кабінету;

в) якнайбільще сприяти розгортанню масової роботи з фізкультури.

3. Робота кабінетів повинна провадитись такими напрямками:

а) огляд всіх, що вживають фізичних вправ;

б) лікарська контроля на місці занять з фізкультури;

в) консультаційна робота;

г) саносвітня робота;

д) науково-практична робота.

4. Лікарський огляд тих, що вживають фізвправи, має за мету:

а) попередити можливу шкоду від занять фізкультурою;

б) стежити за змінами стану здоров'я осіб, що займаються фізкультурою, під впливом фізичних вправ та природніх факторів оздоровлення (сонця, води та повітря);

в) встановлення категорій осіб, яким за станом їх здоров'я обмежено або зовсім заборонено фізичні вправи.

Огляд провадиться за лікарсько-антропометричною карткою, що її затверджено НКОЗ та погоджено з ВРФК.

Якщо обрахувати штат кабінета в 2 чоловіка: лікар 1 та сестра медична 1, пропускна спроможність кабінету становить щодня по 15 чол., а коли сестри немає, — то 10 чол.

5. Лікарський контроль на місцях занять з фізкультури має за мету:

а) стежити, чи провадиться в життя висновки лікарського кабінету щодо фізкультурників даного колективу;

б) вивчати правильність навантаження, досліджуючи тих, що займаються на місці, в процесі самих занять;

в) досліджувати на місці тих осіб, що перебувають під спеціяльним доглядом кабінету;

г) обслідувати місця занять з ФК (залі, майданчики, стадіони, водні, лижвяні станції тощо) щодо санітарно-гігієнічних вимог і норм.

Для цієї роботи вилучається один день на п'ятиденку.

6. Консультаційна робота є одна із основних та найважливіших форм роботи. Її проводиться двома напрямками:

а) консультаційна допомога всім лікарям, які провадять масову роботу з ФК (ОЗДП—лікарі пунктів першої допомоги на виробництві, санлікарі, тощо);

б) рекомендація всім, хто звертається, видів фізичних вправ індивідуальної гімнастики, ковзанків, лижв, легкої атлетики, екскурсій, туризму, рухливих ігор, елементів загартування й використання природніх чинників.

7. Санітарно-освітня робота має за основне завдання ліквідувати в широких шарах трудящих фізкультнеписьменність, популяризуючи та розповсюджуючи знання з гігієни фізичних вправ і лікарського контролю.

Вся робота провадиться за безпосереднім керівництвом та погодженням з місцевою саносвіторганізацією щодо тематики, форм та метод роботи, як для широкої авдиторії, так і для фізкультурників.

8. Науково-практична робота переводиться збиранням та вивченням матеріялів кабінету щодо фізичного розвитку окремих груп трудящих, вивченням профшкідливостей окремих видів виробництва що до них прикріплено кабінет тощо.

Матеріяли треба зберігати та збирати так, щоб їх можна було розроблювати в українському маштабі.

9. Що півроку кабінет дає звіт про свою роботу в писаній формі та надсилає цей звіт до інспектури охорони здоров'я, що їй він підлягає, та до лікарської секції РФК.

Типове обладнання кабінету лікарського контролю з фізкультури

1. Вагомір десятичн. типу „Фербенкс'у".
2. Зростомір або антропометр Мартина.
3. Спірометр.
4. Сантиметрова лента металічна.
5. Апарат для вимірювання кровотиску.
6. Динамометр.
7. Секундомір.
8. Метроном.

60. Про переведення курортної кампанії серед контингенту соціяльного забезпечення в 1931 році.

До всіх РВК і міськрад, вилучених на окремі адмін. господарські одиниці, НКОЗ АМСРР та ВУПКІ

Розпочинаючи підготовчу роботу переведення курортної кампанії 1931 р. серед контингенту С. З. — Наркомсоцзабез та Наркомздоров'я подають для керівництва таке:

1. Інспекторам охорони здоров'я організувати курортно-відбірні комісії при місцевих лікарнях (де є кваліфіковані спеціялісти — хирург та терапевт) для освідування підопіклих С. З.

2. Інспекторам соціяльного забезпечення негайно відрядити інвалідів, в яких є потреба в курлікуванні до комісії (за вказівками інспекторів охорон. здоров'я), для освідування та визначення місця лікування (який курорт).

3. Курортно-відбірні комісії, освідуючи інвалідів та визначаючи те або інше курлікування, повинні суворо додержуватися загальних показань та протипоказань, що існують для курортів Союзу (Українських, Кавказу, Криму)

4. Категорично пропонується курортно-відбірним комісіям відбирати на курлікування таких хворих, для яких таке лікування є конче потрібним та яких неможна вилікувати силами й засобами місцевих лікустанов.

5. Ні в якому разі не відбирати для відрядження на курлікування осіб, які страждають від перевтоми, що потрібують лише перебування в будинкові відпочинку.

5. Інспектори С. З. відряджуючи хворих на курорти, повинні неодмінно керуватись висновками курортно-відбірних комісій.

7. Висновки з освідування підопеклих С. З. передаються не затримуючи інспекторам С. З; останні (інспек. С. З.) на підставі висновків комісії надсилають до НКСЗ заяву на кур. місяця за формою, що зазначено нижче не пізніш 15 березня 1931 р.

> Увага: будьяких окремих заяв, крім надісланої заявки Наркомсоцзабез не розбиратиме, а тому категорично забороняється подавати окремі заяви та відряджувати прохачів до НКСЗ в справі надання курлікування.

8. Курортне лікування надавати особам, що є на С. З, в порядкові послідовности що її нижче зазначено:

а) інвалідам громадянської війни, кол. червоногвардійцям та червон. партизанам (інвалідам).

б) Персональним пенсіонерам, як і тим, що одержують пенсію за особливі заслуги перед республікою.

в) інвалідам, що потерпіли від контр-революції.

г) Інвалідам імперіялістичної війни.

> Увага: Щодо черговости відрядження дітей підопіклих (в цьому році будуть закупляти спеціяльні місця на дитячі курорти) то їм надавати курлікування залежно від категорії їхніх батьків.

9. Інвалідам, що працюють, надавати курмісця в тому разі, коли вони одержують незначну зарплатню й коли інстрахкасса не має можливостей відрядити їх за свій кошт.

10. Не менш 50% курмісць надати інвалідам села.

12. Суворо забороняється надавати курмісця особам, що їх не зазначено в пакті 8

12. У тому разі, коли співробітник органів С. З. є підопіклий С. З. будь-якої категорії, що її зазначено в пакті 8, то питання про відрядження таких на курорти розв'язується лише за спеціяльним дозволом НКСЗ.

II

13. Цього року кожному РВК — міськ. Соцзабезу тих міськрад, що їх вилучено на окремі адмін. господар. одиниці, буде надано 1 — 2 курмісця за рахунок держбюджету.

14. Щоби збільшити кількість курмісць для підопіклих С. З., належить притягти до справи купівлі курмісць:

а) Кошти місцевого бюджету.

б) Кошти громадських організацій: Комдопи, МТД, СТВ (щодо участи Комдопів в куркампанії 1931 р. див. обіжник Всеукрцекомдопу — якого надруковано в Вісн採кові Соц. Забезп. № 10 — 11 за грудень 1930 р.

15. Кошти, які матимуть місцеві органи С. З. на купівлю курмісць, належить негайно переказати до НКОЗ для придбання курмісць централізованим порядком.

16. Курмісця, що їх НКОЗ придбає за рахунок коштів місцевих органів С. З., надсилатимуться безпосередньо інспекторам С. З., які надіслали кошти для цієї потреби.

17. У разі відсутности можливостей використати будь-яке курмісце, належить негайно про це повідомити НКОЗ, повернувши куркнижку.

18. Заявки на курмісця надіслати за такою формою:

ЗАЯВКА

на курмісця для підопіклих С. З.

. района кол. окр.

Назва курортів	Кількість місць	
1. Одеса сердечн. . . .		
2. „ грязьов. . . .		
3. „ Лермонтовський		
4. Бердянськ. грязьовий		
5. Слав'янськ. грязьовий		
і т. д.		

За Народнього Комісара Соціяльного Забезпечення **Рогалева**.

За Народнього Комісара Охорони Здоров'я **Туркельтауб**.

(Спільн. об. лист НКСЗ і НКОЗ з 19 лютого 1931 р. ч. 16 — 310 — 59).

61. Про закріплення лісів за санаторіями та будинками відпочинку

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів). Копія до НКОЗ АМСРР

У зв'язку з тим, що зараз провадиться рубка лісів, і санаторіям і будинкам відпочинку загрожує небезпека залишитися без лісів, або з недостатньою площею таких, санаторно-курортовий сектор Наркомздоров'я договорився з Укрліспромом про те, щоб лісові площі біля санаторій та будинків відпочинку було залишено в віданні цих установ.

НКОЗ пропонує вам повідомити, в яких місцях є у вас лісові санаторії та будинки відпочинку, які лісові площі вони зараз займають, на яких підставах та умовах лісові ділянки передано санаторіям або будинкам відпочинку. Крім того, повідомте про те, яку лісову площу треба на вашу думку приєднати до санаторія та будинку відпочинку, що на території вашого району. Одержавши від вас відомості, НКОЗ порушить клопотання про закріплення за вами лісових площ.

Справа ця дуже термінова, і відповідь ваша повинна буди негайною.

За Наркомздоров'я **Туркельтауб**.

Керівн. сан, кур. сектору НКОЗ **Кушнір**

(Лист. НКОЗ № 0 — 12 з 18 лютого 1931 р.).

62. ІНСТРУКЦІЯ

Про відбір селян на курорти

1. Селяни, що напрямлюються на курорти коштом держбюджету, виконкомів, кооперації та інших громадських організацій, направляються виключно через райздоровінспекторів та проходять обов'язково через курортно-відборочну комісію.

2. Всі курортові квитки по лінії держбюджету (НКЗ) для безгрошового лікування селян надходять до РВК, які разом з райздоровінспекторами розподіляють їх між учасниками, керуючись станом медичної допомоги, можливістю проведення вірного медичного відбору на курорти та кількістю там колгоспів та бідняцько-середняцького й наймитського населення.

3. Участкові лікарі відбирають хорих, що потрібують курортного лікування, протягом цілого року. Одержавши курортові місця, лікарі на кожне одержане місце, намічають з числа відібраних хорих 2 — 3 кандидатів, які більш за всіх потрібують курлікування, складають на них санат. курор картки, вміщують їх в разі потреби для детального обслідування в лікарню. Санат. курортні карти на цих кандидатів подаються до районової курортно-відборочної комісії.

4. Районові курортно-відборочні комісії, організуються при лікарні в складі представника райвиконкому (райздоровінспектора), двох лікарів, за призначенням райздоровінспектора та представника КНС. В разі неможливости виділити двох лікарів, функції одного з них в комісії виконує райздоровінспектор.

5. Курортово-відборочні комісії розглядають історії хороби, що їх надіслали участкові лікарі та відбирають хорих для відправки на курорт, керуючись медичними та соціяльними ознаками. Відібраних хорих викликає потім районова відборочна комісія для особистого медичного обслідування та одержання в разі затвердження курортної книжки.

Примітка: У разі потреби районові відборочні комісії надсилають хорих для дослідження в міжрайонову лікарню та тубдиспансер, або викликають для обслідування лікарів ріжних фахів.

6. Відбираючи хорих за медичними ознаками, куротно-відборочні комісії керуються існуючими показами та противопоказами для напрямлення на курорти, що затверджені НКОЗ.

Відбираючи хорих за соціяльними ознаками, треба насамперед направлятн селян колгоспників та з них, переважно, тих, що виявили себе як ударники. Другою чергою направляють селян-бідняків та середняків, що безпосередньо живуть з сільського господарства. Наймити й наймички, в разі вони не забезпечуються курортовою допомогою по лінії страхкаси, направляються на курорти на тих самих підставах, що й члени колгоспів (в першу чергу). Виборні робітники КНС одержують допомогу на тих самих підставах, що й бідняки та середняки. Усіх цих селян можна напрямити на курорти виключно за умови, що для їхньої хороби курортове лікування є показним.

7. Селяни, що їх відібрала курортово-відборочна комісія, одержують від РВК курортні квитки, обмінні санаторно-курортові картки, в які лікарі кур. відбор. комісії вписують назву хороби, дані дослідження, назву курорта тощо, талон на безгрошовий проїзди з курорта (цей талон на курорті обмінюється на залізничий квиток).

Квитки для проїзду на курорт селяни одержують від виконкому, за рахунок НКОЗ (гроші НКОЗ переказів на рахунок кожного РВК). Крім того, РВК згідно з постановою ВУЦВК'у повинні видавати селянам добові гроші розміром 1 крб. на добу. У разі селянинові потрібно їхати значний протяг кіньми, РВК повинен видавати йому потрібні гроші на підводу.

8. У зв'язку з тим, що на курорти направляють багато хорих з протипоказами, особливо селян із районів, треба, відбираючи хорих, звертати увагу на повне обслідування хорих та на те, щоб в курортно-відборочній комісії брали участь найкваліфікованіші лікарі та щоб провадились потрібні дослідження (сечі, харкотини).

9. Відправляти на курорт хорих, не оглянувши їх у відборочній комісії, суворо забороняється. Згідно з розпорядженням НКОЗ видача курортових квитків хорим без висновків комісії забороняється, й винні в цьому відповідають по суду.

10. У зв'язку з тим, що багато хорих селян приїжджає на курорти, значно запізнюючись через спізніле одержання путьовок, неодержання своєчасно грошей тощо, райздоровінспектори повинні суворо стежити за тим, щоб селян відправляли на курорти своєчасно, згідно з термінами, вказаними в курортових книжках.

11. Курортові квитки та талони, що залишились невикористаними, треба повертати назад в Укркурупр з поясненням причин невикористання їх.

12. Передача курортових квитків, призначених для селян, іншим хорим суворо забороняється.

13. Через курортно-відборочну комісію можуть проходити не тільки селяни, що їх відряджують за рахунок держбюджету, кооперації тощо, але також селяни, що їдуть власним коштом. У такому разі комісія видає їм посвідчення, зазначаючи хоробу та на якому курорті селянин потрібує лікування.

14. Відповідальність за неправильну надсилку хорих на курорти покладається безпосередньо на курортно-відборочну комісію, з якої стягаються витрати, зв'язані з неправильним відрядженням хорого на курорт.

15. Засідання комісії провадяться в робітний час. На засіданнях складається протокол.

16. Щоб поліпшити відбір хорих та ознайомити лікарів з показами для лікування на курортах, курортно-відборочні комісії повинні мати довідник з показами та протипоказами для лікуваня на курортах.

За Наркомздоров'я **Кустелян.**

Керівн. сан. кур. сектора **Кушнір.**

(Об. розп. НКОЗ з 26 лютого 1931 року).

62-а Про розподіл курмісць цього року

(Окремо не розіслано)

До всіх РВК (РЗІ), міськрад (секцій охорони здоров'я), курортн. управлінь та окремих санаторій, до МСУ на транспорті, на Дніпрельстані, Тракторобуді. Копія до НКОЗ АМСРР та уповн. НКОЗ в Одесі т. Волкового

Курортовий сезон цього року мусить пройти виключно під гаслом боротьби за виконання промфінпляну 3-го вирішального року п'ятирічки.

Укркурупр за згодою з ВУРПС всі місця на курорти розподілив по профспілках, виходячи з кількости робітників і з важливости тієї або іншої галузі промисловости (особливо важкої). Якість курортної кампанії цього року цілком буде залежати від того, як місця виконають основні гасла, напрямлюючи на курорт робітників, колгоспників, одноосібників і службовців.

Роля органів охорони здоров'я та курортових управлінь ні в якім разі не мусить обмежуватися лише пасивною ролею — фіксуванням хвороби та загальним медичним показом для напрямування на курорти. Треба дорбе пам'ятати значення курортної допомоги, і тому відбір хворих так з погляду медичної, соціяльної, як і щодо участи в виконанні промфінпляну, участи в соцзмаганні та ударництві мусить притягти найсерьйознішу увагу органів охорони здоров'я.

У справі відрядження на курорти Наркомздоров'я пропонує домагатися такого:

1. Більшість місць надавати тим шахтам, заводам, фабрикам і т. інш., що виконали промфінплян,

2. Забезпечити відрядження на курорти та до санаторій кращих ударників, передовиків робітників, що не мають прогулів, виконують і перевиконують виробничі завдання.

3. Слідкувати за тим, щоб відповідні організації що направляють хворих на курорти, суворо додержувались відсотку напрямування робітників, згідно з розпорядженням директивних органів, тоб-то: індустріяльні спілки та страхкаси на кліматичні курорти не менш 85%, а на бальнеологічні не менш 90%, не виробничі спілки: робмис і радторгслужбовців надавали робітникам не нижче 20%, робос — 25%, медсанпраці та нархарч — 40%. Крім того, від 3 до 5% всіх місць профспілки зобов'язані надавати робітничим підліткам.

4. Вжити рішучих заходів до поліпшення модичного відбору хворих, суворо додержуючись „Показів та протипоказів до відрядження хворих на курорти“, що незабаром надсилатиметься місцям.

Поруч цього Куруправлінням пропонується встановити контролю за соціяльним станом хворих, що їх напрямлюється, виявляти всі випадки неправильної надсилки з курквитком „для робітників“ інших категорій хворих і не приймати таких хворих на лікування на курорти, повідомляючи про це відповідні радпрофи та Укркурупр для притягнення винних до відповідальности.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Керівник сан.-курортн. сектора **Кушнір**

(Об. розп. НКОЗ ч. 0 — 10 — 107 з 18 березня 1931 р.)

ОХМАТДИТ

63. Положення

про відділ охорони материнства в єдиному диспансері.

Затверджено колегією НКОЗ 27 січня 1931 р.

1. Відділ охорони материнства в єдиному диспансері (колишня консультація для вагітних та лікувальні гінекологічні кабінети) є частина єдиного диспансера, що в зв'язку зі всіма іншими відділами його за єдиним пляном та методою здійснює всю справу охорони материнства, обслуговуючи за принципом участковости, (як і весь диспансер в цілому) профілактичною та лікувальною допомогою жіноче населення району.

2. Активній диспансеризації відділу охорони материнства підлягають: всі вагітні жінки, що закінчують свою вагітність пологами та всі породіллі в після пологовому періоді—робітниці—дружини робітників, колгоспниці та члени КНС в першу чергу, службовки — в другу чергу, дружини службовців та інші трудящі жінки—в третю. Активна диспансеризація невагітних або вагітних, що абортують, переводиться тільки виборочно жінок робітниць окремих підприємств, окремих цехів або колгоспів.

Увага: жінки вагітні, що не абортують, та в після половому періоді диспансеризуються, якщо вони мешкають в районі діяльности єдиного диспансера, жінки—робітниці окремих підприємств або цехів, якщо вони працюють в районі діяльности єдиного диспансеру.

3. Завданнями відділу охорони материнства є:

а) Провадити профілактичну боротьбу з професійними та побутовими шкідливостями серед жінок дітородного віку;

б) Боротися з гінекологічними захворюваннями серед жінок;

в) Боротися із штучним абортизмом;

г) Правильно налагоджувати пологодопомогу та на 100% охоплювати пологодопомогою породіль.

д) Боротися з безпліддям жінок.

4) Щоб виконати ці завдання, відділ охорони материнства:

а) вивчає вплив умов праці та професійної шкідливости на жінок, що працюють на підприємствах та в установах;

б) вивчає умови побуту жінок як окремих індивідуумів, так і колективів (гуртожитки).

Увага: Вивчаючи умови побуту праці та професійної шкідливости відділ приділяє пильну увагу вивченню діяння цих умов на генеративну функцію жінок та гінекологічний статус.

в) Провадить облік та вивчає гінекологічну захворувальність та причини смертности, питання плодовитости та абортизму (так штучного, як і природнього) серед жінок свого району;

г) Виявляє жінок, що хворіють на венеричні хвороби, особливо на гонорею;

д) Виявляє та вивчає психопатологію статевого життя серед жінок;

е) Виявляє патологічну вагітність (будова миски, токсикози, позиція плоду тощо) в зв'язку з охороною здоров'я матери й допологовою профілактикою младенства та 100% забезпечення таких вагітних стаціонарною й кваліфікованою пологодопомогою.

ж) Провадить саносвітню роботу серед жінок та родини в цілому;

з) Здійснює саносвітній та лікувальний патронаж;

і) Надає лікувальну допомогу так амбуляторно, як і вдома;

к) Вивчає ефективність диспансерних заходів на стан здоров'я та генеративну функцію жінок, що їх охоплює відділ охорони материнства:

5. До складу відділу охорони материнства входять кабінети для вагітних і гінекологічні кабінети.

Увага. Всі лікарі охорони материнства (акушери-гінекологи) працюють за відповідним розподілом їхнього робочого дня так у кабінеті для вагітних, як і в гінекологічному.

6) Відділ охорони материнства користує в своїй роботі з таких спеціяльних відділків та кабінетів єдиного диспансеру як ляборато-рія, терапевтичний, зуболікувальний, психонервовий та гонорейний кабінет венвідділку у відокремлені години обов'язково з іншими кабінетами та відділками, в міру потреби.

7. У складі єдиного диспансеру акушерсько-гінекологічні лікарні (відділки), пологові будинки та абортарії — є допомічні установи відділу охорони материнства, з якими цей відділ встановлює щільний зв'язок.

8. Підчас переведення активної диспансеризації робітниць підприємства або цеху, жінок, що працюють (а не мешкають) в районі диспансера, також охоплюють активною диспансеризацією, надаючи їм невідкладну амбуляторну допомогу в цьому самому диспансері.

Систематичне амбуляторне лікування, стаціонарну меддопомогу та допомогу вдома надає таким жінкам диспансер, в районі якого вони мешкають. Якщо немає диспансеру в даному районі, систематичну амбул. допомогу надає той диспансер, що переводить активну диспансеризацію.

9. Саносвітній патронаж переводиться серед усіх жінок, що їх активно диспансеризують і виборочно серед решти жінок, що їх обслуговує відділ охорони материнства за призначенням лікаря.

Лікувальний патронаж хворих жінок переводиться за призначенням лікаря відділу охорони материнства.

10. Саносвітня робота серед жінок та родини в цілому провадиться за певним пляном всіма робітниками відділу охорони материнства, лікарями акуш. гінекологічних стаціонарів та пологових

будинків так у самих установах як і поза установами, себто по клюбах, житлокоопах, на підприемствах тощо.

11. Для погодження і для пророблення единого пляну всієї роботи, особливо в галузі активної диспансеризації, працює постійна рада в складі всіх лікарів охорони материнства диспансера, лікарів акушорсько-гінекологічних відділків лікарень та пологових будинків, що є в районі единого диспансера, завідувачів цих установ, зав. відділу охорони материнства та представника виконбюра КОПІП'у.

Увага: Рада виділяє робочу трійку в складі завідувача відділу охорони материнства (голова), представника КОПІП'у та завідувача одного з акуш. гінекологічних стаціонарів району. Пленум ради засідає раз на 3 місяці: робоча трійка — не менш як раз на місяць.

12. Кількість (штат) лікарів відділу охорони материнства встановлюється залежно від кількости жінок, що підлягають активній диспансеризації та звертань жінок, що активній диспансерізації не підлягають, за норми прийому в диспансері 4 осіб за годину.

Увага: Одне відвідання вдома дорівнюється до трьох хворих, прийнятих амбулаторно.

64. Про поширення ясельної мережі

(Розіслано 17-I-1931 р.)

До всіх міськрад-секцій охорони здоров'я

Виконання промфінплянів третього року п'ятилітки тісно зв'язано в втягненням великої кількости нових робочих мас до виробництва. Серед нових робітників значну кількість становитиме жіноцтво. За пляном по Україні 1931 року буде втягнено 190.000 жінок до виробничого процесу. Отже перед міськими радами, перед секціями охорони здоров'я виникає найважливіше завдання забезпечити нові маси робітниць яслами, щоб утворити для робітниць умови можливости безперебійно працювати.

Постанова РНК від 2 січня 1931 р. передбачає розгортання ясельної мережі й вказує на потребу використати всі можливості для того, щоб повністю забезпечити нових робітниць яслами.

Наркомздоров'я вважає за потрібне, щоб цій роботі було надано досить уваги. Треба вже тепер, не гаючи часу, разом із всіма зацікавленими организаціями, себто ВМП, профспілками, кооперацією з підприемствами, скласти певний плян розгортання ясельної мережі, певно встановити матеріяльну базу на підставі постанови Уряду з 5 березня 1930 р.

Треба також встановити на місці спільно з профрадою певну кількість нових жінок-робітниць, щоб розрахувати потрібну кількість ясельних ліжок, виходячи з розрахунку 100% охоплення дітей та пристосування роботи ясель до 7 годинного робітного дня та безперервки.

Беручи на увагу досить значну житлову кризу, яка є в більшості міст, треба всі пляни розгортання ясельної мережі проробляти спільно з житлокооперацією, яка спільно з НКОЗ подала належні вказівки про використання всіх можливостей та виділення якнайбільшої кількости житлофонду. Організуючи ясла, треба керуватися санмінімумом, що його пропробив НКОЗ.

Також треба тепер подати всі заявки так щодо устаткування ясел, як і до харчування дітей до споживчої кооперативної системи. Заявки треба подавати спільно з тими промисловими підприємствами, що їх обслуговуватимуть ясла. Пророблені пляни треба надіслати до НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я—керівник медсансектора **Кустелян.**

За Керівника групи охматдит **Федотова.**

(Об. розп. НКОЗ №16-34019 з 17 січня 1931 р.)

65. Про постачання яслам продуктів харчування мануфактури, меблі та іншого устаткування.

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) і міськрад (секцій охорони здоров'я), правлінь ЦРК та райспоживспілок

Поширення існуючих дитячих ясел та широке розгорнення мережі нових ясел, що зараз переводиться для забезпечення всіх робітниць, яких буде протягом найближчого року втягнуто до виробництва, вимагає значного підсилення постачання цим установам потрібних продуктів харчування, мануфактури, меблі та іншого устаткування.

Деякі інспектори здоровоохорони звертаються з заявками на встаткування до Наркомздоров'я, або повідомляють про неладоволання місцевими органами споживкооперації вимог здоровінспектур на мануфактуру, меблю тощо для ясельних установ.

Своєчасно ВУКС указав, що заявки на зазначене обладнення подаються органами охорони здоров'я спільно з промисловими або колгоспними підприємствами, при яких ясла існують або повинні бути розгорнені, до місцевих кооперативних організацій.

НКОЗ та ВУКС повідомляють, що з центру жодних заявок місць безпосередньо не задовольнятимуться.

Отже, щоб забезпечити виконання директив партії та Уряду щодо широкого втягнення жінок до виробництва, ВУКС пропонує місцевим органам споживкооперації обов'язково постачати потрібні продукти харчування, мануфактуру, меблю та інше обладнання для існуючої та накресленої мережі дитячих ячел. Постачання продуктів харчування проводити, згідно з нормою НКПостачання від 3-1-1931р.

Складаючи заявки, органам охорони здоров'я керуватися сан. мінімумом, виданим НКОЗ спільно з ВУКС'ом та надрукованим в бюлетені НКОЗ № 2 за 1931 рік.

Член Колегії НКОЗУ **Генкін**

Член Правління ВУКС'у **Ядашкін**

(Об. розп. НКОЗ та ВУКС № 16-34019-33)

66. Про санстан дитбудинків.

(Окремо не надіслано)

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я). До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів). Копія до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового.

За відомостями Наркомздоров'я, останнього часу санітарний стан дитбудинків, не лише тих, що знаходяться під безпосереднім керуванням інспекторів охорони здоров'я, але, особливо, і тих дітбудинків, де перебувають діти від 4 років, значно погіршився.

Одночасно за відомостями Наркомздоров'я інспектори охорони здоров'я не приділяють досить уваги санітарному стану дитустанов району та міст і не вживають жодних заходів, щоб поліпшити умови життя в дитячих колективах.

Отже Наркомздоров'я пропонує терміново скласти ударні бриґади за участю представників наросвіти, так для ознайомлення зі станом дитбудинків, так і для вжиття належних заходів щодо поліпшення санітарного стану цих установ.

Інспектури охорони здоров'я повинні забезпечити певним лікарським доглядом дитбудинки, обов'язковою своєчасною ізоляцією та шпиталізацією дітей, що захворіли на інфекційні захорування, та вживати всіх профілактичних заходів щодо боротьби з інфекційними захоруваннями, забезпечивши своєчасну дезінсекцію та дезінфекцію в дитбудинках.

Треба рішучіше ставити санітарні вимоги перед наросвітою та відповідними органами, щоб поліпшити стан дитустанов.

Наркомздоров'я чекає від Вас найближчого терміну відповіді, що зроблено в цьому напрямкові.

Член колегії Наркомздоров'я **Генкин**

За керівника групи Охматдит **Федотова**.

(Об. розп. НКОЗ ч. 16-34110 з 20 лютого 1931 р.)

67. Про об'єднання дит. сезонових ясел та дитсадків в „ясла — садок"

До всіх міськрад, (секції охорони здоров'я та наросвіти), до всіх райвиків (РайЗІ), до Правління УЧХ, до райінспекторів наросвіти. Копія до НКОЗ, АМСРР, до уповн. НКОЗ в Одесі т. Волкового

Досвід минулих років довів, що організація сільських дитячих сезонних ясел та дитячих садків нарізно недоцільня та що значно доцільнішою є організація однієї дитячої установи „ясла — садок". В колгоспі ця установа повинна бути організована разом для дітей від 2 міс. до 4 років та від 4 до 8 років. Це зовсім не значить, що всі діти цього віку повинні бути разом в одній кімнаті та під доглядом однієї виховательки. Діти немовлята та діти 7 років вимагають різного виховного підходу та роботи з ними. Тому Наркомздоров'я та Наркомосвіти пропонують переважно організовувати дитячу установу „ясла — садок", а не окремо ясла та окремо садок на таких умовах: установа повинна охоплювати дітей віком від 2 міс. до 8 р. Дітей треба розподіляти на такі групи: діти немовлята до 1 року, від 1 року до 4 і від 4 до 7 років включно. Для кожної групи дітей треба мати окрему вихователька. Керування цими установами треба об'єднати, як кошторис і все життя цієї установи. Згідно зі вказівками колгоспцентру — колгоспи повинні надати дитячій установі помешкання, харчування, опалення, комунальні послуги, устаткування та забезпечити технічним персоналом. В організації та утриманні цих дитячих установ беруть матеріяльну участь колгосп, Вукопспілка, сільсько-господарча кооперативна система, добровільні Т-ва

„ДД“, УЧХ та інші громадські організації, що можуть організувати такі установи також й самостійно. Інспектори Наросвіти та охорони здоров'я забезпечують установу „ясла — садок“ медичним та педагогічним персоналом.

До організації таких установ „ясел — дитсадків“ треба приступити негайно,

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Наркомосвіти **Нолоцький**

Голова Колгоспцентру **Стасюк**

(Спільн. об. лист НКОЗ, НКО та Колгоспцентру з 22 березня 1931 р.

БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ. ЗА ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ

Затвердив
Нарком Охорони Здоров'я —
С. КАНТОРОВІЧ
24 січня 1931 р.

68. Устава

про центральний епідемічний фонд НКОЗ УСРР та про порядок його використання

1) Центральний епідемічний фонд є в розпорядженні Наркомздоров'я УСРР і витрачається за розподілом останнього.

2) Центральний епідемічний фонд складається з асигнувань:

а) державного бюджету,

б) республіканського фонду меддопомоги застрахованим,

в) цільових дотацій органів соціяльного страхування на боротьбу з епідеміями в промислових районах.

г) спеціяльних асигнувань по лінії промисловости на ґрунті постанови ВУЦВК'у — РНК УСРР з 20 березня 1929 р. „Про матеріяльну участь промпідприємств у боротьбі з пошестями“ Зб. Уз. УСРР 1928 р. ч. 10, арт. 77) та інших джерел.

3) За кошти центрального епідемічного фонду провадяться витрати на такі потреби боротьби з епідеміями:

а) щоб здійснювати протиепідемічні заходи загальнореспубліканського значення;

б) щоб попереджувати занос пошесних захворувань через морські та суходільні кордони УСРР;

в) на асигнування додаткових коштів на здійснення протиепідемічних заходів місцевого значення, але за обов'язковою умовою, щоб здійснення цих заходів було в основному забезпечено коштами відповідного місцевого (районного або міського) бюджету.

4) Асигнування коштів центрального епідемічного фонду припускається лише на боротьбу з такими інфекціями: чума, холера, черевний тиф, різачка, висипний та поворотний тиф, шкарлятина, обклад віспа натуральна, малярія, трахома та короста.

Увага; Витрачання коштів центрального епідфонду на боротьбу з коростою припускається лише на заходи централізованого або ж загально-державного характеру.

5) Кошти центрального епідемічного фонду відпускаються виключно на такі види протиепідемічних витрат (в першу чергу — по великих промислових районах та по сільських районах суцільної колективізації) щоб:

а) розширювати кадри санітарного та епідемічного персоналу на час розвитку епідемії, або ж в разі реальної загрози занесення її з суміжних районів:

б) утворювати нові тимчасові протиепідемічні установи та розширювати існуючи на час епідемії (санстанції, сан.-бак. лябораторії, дезинфекційні бази, епідемічні загони тощо);

в) збільшувати шпиталізацію інфекційних хворих, утворюючи тимчасові пошесні стаціонари.

Увага: Утримання постійних інфекційних відділків лікарень провадиться виключно коштами місцевого бюджету.

г) поширювати запобіжні щепільні кампанії по небезпечних з епідемічного боку районах.

Увага: Витрати на переведення віспощеплень провадиться виключно коштами місцевого бюджету.

д) поліпшувати дезінфекційну справу (в частині виготовлення і постачання нових дезінфекційних закладів)

Увага: Витрати на виготовлення дезкамер та на придбання деззасобів, як правило, провадиться місцевим коштом.

е) провадити досвідне застосування нових метод попередження в боротьби з епідеміями, а також і організацію науково-дослідних експедицій та обслідувань на вивчення епідемічних вогнищ.

Увага: Кошти з центрального епідемічного фонду на потреби, що їх зазначено в п: „е“ арт. 5, відпускатиметься лише на ті випадки, коли відповідну роботу провадиться за спеціяльним завданням НКОЗ і коли ця робота має певне наукове або ж загально державне значення.

6) З права на одержання дотацій з центрального епідемічного фонду користуються такі установи:

а) районні виконавчі комітети та міськи ради, що підпорядковані ВЦВК'у, за поданням відповідних інспектур та секцій охорони здоров'я;

б) міжрайонні санітарні станції;

в) медично-санітарні заклади поправно-трудових установ;

г) санітарно-бактеріологічні інститути;

д) інститути удосконалення лікарів та санбакінститути на утворення додаткових позабюджетних курсів для термінової підготовки санітарно-епідемічного персоналу, якого передбачено п. „а“ арт. 5 цієї постанови.

7) Подаючи до НКОЗ заяву на одержання дотації з центрального епідемічного фонду, кожна з перелічених в арт. 6 установ повинна обов'язково додати такі матеріяли:

а) докладне листовне зазначення причин, що викликають потребу просити дотацію з центрального епідемічного фонду, з наведенням відповідних цифрових даних,

б) конкретний плян заходів, що їх передбачено здійснити за рахунок зазначеної дотації, а також попередній кошторис на використання цієї дотації;

в) відомості про те, якими установами та організаціями та які

саме кошти відпущено на здійснення протиепідемічних заходів, крім дотації, яку надається з сум центрального епідемічного фонду.

Увага: 1. Ненадання або неповне подання перелічених матеріялів позбавляє зацікавлену установу права одержати дотацію, при чому на цю установу покладається вся відповідальність за наслідки, що виникатимуть у зв'язку з недостатнім грошовим забезпеченням протиепідемічних витрат.

8) Грошовий звіт з документами про витрату дотації з центрального епідемічного фонду подається загальним порядком до відповідних місцевих фінорганів, а копію цього звіту разом з доповідною запискою про переведені протиепідемічні заходи й оцінкою ефективности надсилається до НКОЗ протягом 3 місяців із дня одержання дотації.

9) Цю уставу видається на скасування інструкції НКОЗ та НКФ УСРР з 19 серпня 1927 р. (надрук. в бюлетені НКОЗ № 21-22 за 1927 р.).

69. Устава

Затвердив
Нарком Охорони Здоров'я —
т. С. КАНТОРОВІЧ
10 лютого 1931 р.

про надзвичайні санітарні комісії для боротьби з пошестями

(Окремо не надіслано)

На підставі п. 8 арт. 9 Устави про НКОЗ УСРР (Зб. Уз. УСРР 1929 р ч. 11, арт. 85), Народній Комісаріят Охорони Здоров'я постановив затвердити нищенаведену уставу „Про надзвичайні санітарні комісії для боротьби з пошестями."

1. В разі виникнуть в місцевостях УСРР пошесні захворування організується тимчасові надзвичайні санітарні комісії для боротьби з пошестями: центральну — при Народньому Комісаріяті Охорони Здоров'я УСРР і місцеві — при районних виконавчих комітетах і міських радах, виділених в окремі адміністративно-господарські одиниці.

2. Зазначені в арт. 1 комісії мають за мету провадити негайні ударні заходи, спрямовані на попередження та ліквідацію пошестей.

3. Центральну надзвичайну санітарну комісію організується за постановою НКОЗ УСРР, а місцеві комісії (районні або міські) — за постановами місцевих рад або виконкомів — за належністю, з їхньої власної ініціятиви, за вказівками НКОЗ УСРР.

4. Центральну Надзвичайну санітарну комісію для боротьби з пошестями організується за тих випадків, коли по декількох місцевостях або містах УСРР спостерігається розвиток пошесних захворувань, що вимагають запровадження надзвичайних протипошесних заходів республіканського значення.

5. На Центральну надзвичайну санітарну комісію покладається здійснювати всі надзвичайні протипошесні заходи республіканського значення, зокрема:

а) видавати обов'язкові постанови про заходи до боротьби з пошестями:

б) притягати до дисциплінарної й судової відповідальности всіх урядових та приватних осіб, що не виконують постанов надзвичай-

ної санітарної комісії, ламають чинне санітарне законодавство або перешкоджають переведенню протипошесних заходів;

в) вишукувати кошти на протипошесні заходи республіканського значення;

г) виточнювати розміри коштів, що їх промислові підприємства повинні виносити на боротьбу з пошестями за постановою ВЦВК і РНК УСРР з 20 березня 1929 року „Про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промислових районах“ Зб. Зак. УСРР 1929 року № 10, арт. 77);

д) вживати заходів до забезпечення пошесних місцевостей потрібним для боротьби з пошестями постачанням;

е) оголошувати порядком, передбаченим у Кодексі законів про працю УСРР, трудову повинність, зокрема — медичного персоналу, для роботи щодо боротьби з пошестями;

ж) встановлювати обов'язкові для всієї людности УСРР або для окремих груп людности охоронні щеплення;

з) керувати діяльністю всіх місцевих надзвичайних санітарних комісій.

6. На місцеві (районні або міські) надзвичайні санітарні комісії покладається здійснювати (на території району або міста) протипошесні заходи місцевого значення, зазначені в п. п. „а“ — „ж“ арт. 5 цієї постанови, а так само цим комісіям надається право:

а) тимчасово закривати установи громадського користування (клюби, театри, кіно тощо), а за виняткових випадків — так само й державні, кооперативні та громадські установи і підприємства, що за своїм санітарним станом або за умовами своєї роботи сприяють розвиткові пошесних захворувань;

б) вимагати від відповідних місцевих органів та підприємств надання приміщень, потрібних для розміщення тимчасових заразних бараків, пунктів для щеплення та інших протипошесних закладів, а так само для забезпечення житлом медичного персоналу, що провадить боротьбу з пошестями;

в) вимагати від місцевих органів та підприємств транспортових засобів для перевозу хворих та протипошесного персоналу.

7. До складу Центральної надзвичайної санітарної комісії входить по одному представнику від Державного Політичного Управління УСРР, Головного Управління міліції УСРР, Головного Управління Комунального господарства УСРР, прокуратури УСРР, Вищої Ради Народнього Господарства УСРР, Народнього Комісаріяту земельних справ УСРР, Народнього Комісаріяту праці УСРР, Народнього Комісаріяту охорони здоров'я УСРР, Уповноваженого Народнього Комісаріяту шляхів при Уряді УСРР, Укрколгоспцентру, Всеукраїнських комітетів професійних спілок: гірників, металістів, робітників землі і ліса, медичних і санітарних робітників, Центрального Комітету Ленінської Комуністичної Спілки Молоді України, Українського Червоного Хреста, Військово-Санітарного Управління Української Військової Округи, 1-го Українського санітарно-бактеріологічного інституту, а так само по одному представнику від робітників Харківського паротягобудівельного заводу, Державного електрично-механічного заводу, заводу „Серп і Молот“ та канатної фабрики. За голову комісії є Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР або його заступник.

8. До складу місцевих (районних або міських) надзвичайних санітарних комісій входять по одному представнику від місцевого адміністративного органу, місцевого органу Державного Політичного Управління, місцевих органів охорони здоров'я, праці й комунального господарства, а так само представники від відповідних секцій міської ради, професійних спілок, комсомольських організацій, місцевої організації Українського Червоного Хреста й найбільших підприємств. До складу міської або районної комісії ввіходять так само місцевий районний або старший міський санітарний лікар і завідатель районної (міської) санітарно-бактеріологічної ляболаторії або санітарної станції. За голову комісії є голова або член президії районного виконавчого комітету або міської ради, за належністю.

9. Постанови центральної й місцевих надзвичайних санітарних комісій є обов'язкові для всіх органів і установ, і їх виконується негайно.

10. Постанови Центральної надзвичайної санітарної комісії можна оскаржити до Ради Народніх Комісарів УСРР, а постанови місцевих комісій—до відповідного районного виконавчого комітету або міської ради, до кого належить, протягом 3 днів зо дня ухвалення їх. Подання скарги не припиняє, однак, чинности оскарженої постанови.

11. Центральна й місцеві надзвичайні санітарні комісії своїх апаратів не мають і їх обслуговують апарати Народнього Комісаріяту Охорони Здоров'я УСРР або відповідних районних виконавчих комітетів і міських рад.

12. Центральну надзвичайну санітарну комісію ліквідується за постановою НКОЗ УСРР, а місцеві комісії — за постановами Народнього Комісаріяту Охорони Здоров'я УСРР або відповідних РВК і рад,

13. Головну надзвичайну санітарну комісію й місцеві вадзвичайні санітарні комісії в АМСРР організує НКОЗ АМСРР на засадах цієї постанови.

70. Про обов'язкове здійснення органами промисловости й кооперації заходів, що на них покладено чинним законоположенням у справі охорони здоров'я.—

(Лист Секретаріяту ВУЦВК'у з 27 січня 1931 р. ч. 22)

Одною з найважливіших передумов виконання п'ятилітнього пляну є переведення низки основних заходів по лінії здоровоохорони.

Щоб забезпечити реалізацію цих заходів Союзний та республіканський уряди видали низку постанов а саме:

1. Постанова Раднаркому СРСР з 26 грудня 1929 р. про участь промисловости та сільсько господарських підприємств у медично-санітарному будівніцтві.

2. Постанова ВУЦВК та Раднаркому УСРР з 20 березня 1929 року про матеріяльну участь промисловости в боротьбі з епідеміями.

3. Постанова ВУЦВК та РНК УСРР з 4 січня 1928 року про забезпечення приміщеннями ясел на промислових підприємствах і постанова ВУЦВК та РНК УСРР з 5 березня 1930 р. про заходи до колективізації й оздоровлення дитячого побуту.

Проте, треба констатувати, що промислові об'єднання і вся кооперативна система всіма засобами уникають від виконання відповідних вимог органів охорони здоров'я.

Так „Вугілля" зовсім не накреслив на 1931 рік узяти участь у реалізації навіть мінімальних і цілком законних вимог органів охорони здоров'я ані по оздоровних заходах, ані по ясельному будівництву, ані по медсанбудівництву.

Вся республіканська промисловість, так системи ВРНГ, як і Наркомпостачання теж цілком ухиляється від виконання вищезазначених законів.

Такі самі приклади подають хемічні, машинобудівельні та інші промобе'днання.

У наслідок такого неприпустимого ставлення вищезазначених організацій до справи охорони здоров'я санітарно-побутові умови в основних промислових районах залишаються, як і раніш, на дуже низькому рівні, що спричиняється до постійної небезпеки розвитку епідемічних захорувань.

Відсоток забезпечення робітниць яслами, що набуває тепер найважливішого політичного та економічного значення — з розвитком ясел зв'язується; забезпечення підприємств постійними кадрами, колективізація робітничого побуту тощо — надзвичайно низькі (по вугільній промисловості 56%, металевій республіканській 8%, сільмаш. 12%, текстильній 14% тощо).

Будівництво медсанустанов у промислових районах, в тому числі в Донбасі, що його почато 1930 року, неможна закінчити й тим самим позбавляє органи охорони здоров'я спроможности забезпечити наприкінці 1931 р. робітників важкої індустрії понад 5.000 лікарняних ліжок та низкою санітарних установ для ліквідації та попередження епідемічних вогнищ.

Вважаючи таке ставлення до піднесення справи охорони здоров'я робітництва за цілком неприпустиме, Секретаріят ВУЦВК категорично вимагає від органів промисловости й всієї системи кооперації виконання всіх законних вимог органів охорони здоров'я, спрямованих на здійснення перелічених заходів і обов'язкового внесення відповідних асигнувань до промфінпляні́в 1931 р.

Відповідь за змістом цього листа надішліть не пізніш 7 липня ц-р. до НКОЗ УСРР.—

Заст. секретаря Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету—**Михайлик**

71. Про щеплення проти віспи.

(Окремо не надіслано).

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я), до всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів).

Останнього часу помічається, що робота, так щодо переведення вакцинації, як ревакцинації серед дітей значно зменшилась.

Наркомздоров'я звертає вашу увагу на неприпустимість такого явища, знову нагадує, що одною з основних профілактичних робіт серед дитинства є боротьба з інфекційними захворуваннями через плянове та постійне переведення широких заходів щодо боротьби з цими захворуваннями.

Отже, вакцинація проти віспи у малих дітей та ревакцинація серед дітей старшого віку є одна з основних профілактичних робіт серед дітей.

Наркомздоров'я пропонує терміново посилити цю роботу, так через консультацію і через щеплення загонами, як і через організацію лікарів ОЗДП.

Треба так поставити справу віспощеплення, щоб жодної дитини, що відвідує консультацію, не було залишено без віспощеплення, а також, щоб уже тепер було пляново переведено ревакцинацію серед дітей школярів.

Наркомздоров'я надає переведенню цієї роботи важливе значення. Треба притягти всю медсанорганізацію до цієї справи та протягом найближчих двох місяців перевести всю роботу щодо ревакцинації серед шкіл.—

Член колегії Наркомздоров'я—**Генкин**

За керівника групи охматдит — **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 27 лютого 1931 р. ч. 84110-52).

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА.

72. Про користування медперсоналу з пільг за законом 24-VII 1930 р.

(Окремо не надіслано)

До райвиконкомів, (РЗІ), до міськрад (секцій ОЗ). Копія до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Валкового.

Постановою ВУЦВК'у й РНК УСРР з 24 липня 1930 р. „Про пільги робітникам соціяльно-культурних установ" встановлено пільги для медперсоналу установ, що перебувають на території сільських і селищних рад. Пільги передбачають періодичні надвишки лікарям до основного розміру заробітної платні за кожні три роки роботи, лікарському й середньому медичному персоналові,—безплатне житло з опаленням і освітленням і т. інш.

До НКОЗ надходять заяви персоналу про те, що вони не користуються з наданих законом пільг.

На підставі цього НКОЗ пропонує терміново повідомити НКОЗ про всі випадки порушення наведенної постанови „про пільги робітникам соціяльно-культурних установ", з визначенням винних і причин цього, щоб притягти винних до судової відповідальности.

Наркомздоров'я **Канторович**

Кер. плянсектору **Машинко**

(Об. розп. НКОЗ № 22216 з 15 березня 1931 р.)

Про застосування постанов ВУЦВК та РНК УСРР з 24 липня 1930 р. „Про пільги робітникам соціяльно-культурних установ" та „Про поліпшення політосвітньої роботи на селі"

До всіх райвиконкомів, міськрад та Наркомфіну АМСРР.

1. Правом на забезпечення кватирею, опаленням, освітленням в установах, що перебувають на території сільських та селищних рад, користуються:

а) педагогічний персонал і завідателі шкіл соціяльного виховання 1 і 2 ступеня та професійних шкіл,

б) педагогічно-інструкторський й виховний персонал установ для дефективних дітей.

в) педагогічний-інструкторський й виховний персонал установ для малолітніх праволомців,

г) педагогічний персонал шкіл селянської молоди,

д) педагогічний-інструкторський й виховний персонал дитячих будинків та інших установ інтернатського типу,

е) лікарі лікарень, амбуляторій і психіятричних лікарень, а так само санітарні лікарі,

ж) середній медичний персонал лікарень, амбуляторій та психіятричних лікарень,

з) районові аґрономи, аґрономи різного фаху і ветеринарні лікарі,

і) педагогічний персонал стаціонарних дошкільних установ.

к) завідателі будинків колективіста, будинків-наймита й селянських будинків,

л) подагогічно-інструкторський й виховний персонал установ для дефективних дітей і малолітніх праволомців, що розташовані у містах,

м) лікарі та середній медичний персонал психіятричних лікарень на терені міст.

2. Переліченим в арт. 1 цієї інструкції особам надається натурою й безплатно, по можливості при відповідній установі, кватирі з опаленням, освітленням за нормами, встановленими для даної місцевости районовими виконавчими комітетами або міськрадами.

3. В разі ненадання натурою кватир, опалення, освітлення й комунальних послуг (водопостачання й каналізація) відповідні установи, ЦВК АМСРР, райвики, міськради коштом відповідного бюджету (державного або місцевого за належністю) повинні видавати зазначеним в арт. I особам понад одержувану ними заробітну плату грошову компенсацію таким розміром на місяць.

	Поза зоною I зона	II та III зона
За кватиру та комунальні послуги	5	4
За опалення та освітлення	5	4

Увага: До місцевостей „поза зоною та I зона“ належать місцевості кол. округ: Харківської, Київської, Одеської, Дніпропетрівської, Артемівської, Сталінської, Луганської, а до II та III зон-місцевості решти колишніх округ.

4. Грошову компенсацію за нормами, зазначеними в арт. 3 цієї інструкції, встановлюється з 1 січня 1931 року.

5. В разі надання натурою тільки частини послуг: кватири, комунальних послуг, або опалення й освітлення, грошову компенсацію видається тільки за ненадану частину послуг.

6. Грошову компенсацію видається одночасно із видачею заробітної платніопротягом усього часу перебування на службі.

7. Зазначену грошову компенсацію не включається до заробітної платні при вирахуванні різних компенсаційних виплат.

8. Грошова компенсація виплачується у випадках, передбачених арт. 3 цієї інструкції, незалежно від того, де й на яких умовах

службовці займають помешкання (в кватирах, що вони орендують, у власних будинках, у родичів і т. інш).

Зазначені в арт. І цієї інструкції особи-подружжя, або родичі, якщо їм не надано відповідного помешкання, опалення, освітлення й комунальних послуг, користуються кожний окремо правом на одержання зазначеної в арт. 3 грошової компенсації.

9. У разі зазначені в арт. І цієї інструкції особи відмовляться зайняти безплатну кватиру, що їм надається, відповідну за своїм розміром та нормами, встановленими для даної місцевости, що відповідає санітарно-гігієнічним умовам, вони (особи) позбавляються права на одержання грошової компенсації замість кватири, але їм повинно бути надано безплатне опалення та освітлення натурою, або сплачено відповідну компенсацію (арт. 3).

10. Кватирі, що надається безплатно, повинні бути з одної або декількох кімнат відповідної площі, залежно від кількости членів сім'ї тієї або іншої особи й повинні відводитися в тому таки селі, або місті, де міститься установа.

Надавати помешкання типу гуртожитків або касарень не припускається.

Надавати двом особам (службовцям) одної кімнати для спільного проживання дозволяється, незалежно від їхнього родства, лише за їхньою згодою.

Увага: Зазначеним в арт. 1 цієї інструкції особам-подружжям за відсутности в них інших членів сім'ї, можна надавати й одну кімнату, що відповідає встановленій нормі площі. *)

За Народнього Комісара Фінансів *Меламедовський*

Погоджено: За Голову ВУРПС *Улановський*

Наркомпраці *Афанасьев*

(Інструкція НКФ УСРР № 3-25-48 з 9 лютого 1931 р.

73. Про порядок ведення обліку та звітности з фонду меддопомоги по РВК'ах та міськрадах.

До всіх райвиконкомів та секцій охорони здоров'я міськрад.

(Окремо не надсилається).

Оголошуючи тут „інструкцію про порядок ведення обліку та звітности в районних виконавчих комітетах та міських радах по фонду медичної допомоги застрахованим", Наркомздоров'я пропонує керуватись нею з 1 січня 1931 р.

Ця інструкція передбачає лише основні правила щодо порядку складання та реалізації бюджету фонду меддопомоги, його обліку та звітности, ні в якому разі не замінюючи директивних настановлень про напрямок витрат коштів фонду меддопомоги, які (настановлення) НКОЗ подає окремо кожному РВК'ові або міськраді.

Отже, номенклятуру видаткової частини бюджету фонду меддопомоги, що її вказано в інструкції, зовсім не слід розуміти так, що ніби то кожний район або місто повинні мати в своєму бюджеті обов'язково всі параграфи витрат.

Також не слід розуміти, що на бюджеті фонду меддопомоги повинні бути цілком ті або інші установи.

На бюджеті фонду меддопомоги цілком можуть бути лише установи, що обслуговують саме застрахованих. На установи та заходи загального користування кошти

*)Цю постанову надруковано в газеті "Вісті" з 6-VIII-1930 р. та в „Збірникові найголовніших розпоряджень у справах охор. здоров'я" (1929-30 р.р.) - стор. 86.

фонду меддопомоги застрахованим можна витрачати в окремих винятквих випадках, як дотацію до асиґнувань із місцевого бюджету на відповідні установи або заходи.

Наркомздоров'я категорично настоює на тому, щоб кошти фонду меддопомоги застрахованим обов'язково окремо були на облікові, а від райздоровінспекторів та голів секцій охорони здоров'я міськрад був постійний догляд своечасного та повного надходження сум та контроля над витрачанням грошей за призначенням.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Нагорний**

Заст. керівн. плянсектору **Довбищенко.**

(Об. розп. НКОЗ № 25-411 з 28 лютого 1931 р.).

Інструкція

про порядок ведення обліку та звітности в районних виконавчих комітетах та міських радах по фонду медичної допомоги застрахованим

І. Кошти та їхне утворення.

Кошти місцевих органів охорони здоров'я (районні інспектури охорони здоров'я та секції охорони здоров'я міських рад) по фонду меддопомоги застрахованим в основному складається з таких сум:

а) відрахувань із сум соціяльного страхування;

б) надходжень від господарчих, кооперативних та громадських організацій;

в) інших надходжень.

Усі ці надходження регулюється відповідними постановами Уряду й утворюється так:

а) Відрахування з сум соціяльного страхування

(місцевий фонд меддопомоги застрахованим)

На підставі постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР з 21 вересня 1927 р. „Про забезпечення застрахованих і членів їхніх родин медичною допомогою", районні та міські страхові каси повинні виділяти певні суми грошей в роспорядження райздоровінспектур та секцій охорони здоров'я міськрад для надання медичної допомоги застрахованим.

Наркомздоров'я спільно з Наркомпраці встановлюють суму відрахувань на одного застрахованого для кожного району або міста. Загальну ж суму відрахувань для даного району або міста визначається, виходячи з річного асигнування на одного застрахованого, помноженого на кількість застрахованих.

Страхові каси повинні щомісяця перелічувати на поточний рахунок райздоровінспектури або секції охорони здоров'я міськради одну дванадцяту частину річного асигнування на одного застрахованого, помножену на кількість застрахованих, визначену у звітах страхкаси за попередній місяць.

б) Надходження від господарчих, кооперативних та громадських організацій.

Господарчі, кооперативні та громадські організації повинні брати участь у фінансуванні санітарно-оздоровних заходів та медико-санітарного будівництва.

За постановою ВУЦВК'у та РНК УСРР з 5 березня 1930 року „Про заходи до колективізації та оздоровлення дитячого побуту", перелічені вище організації повинні асигновувати певні суми грошей на будівництво та утримання дитячих ясел та на оздоровні заходи для дітей.

На підставі постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР з 20 березня 1929 р., промислові підприємства зобов'язані брати участь у боротьбі з епідемією в промислових районах.

Постанова ВУЦВК'у з 17 липня 1929 р. притягає громадські організації до видатків на оздоровні заходи та господарчі органи — до участи у фінансуванні нового медико-санітарного будівництва.

На підставі постанови РНК СРСР з 26 грудня 1929 р., промислові та сільськогосподарчі підприємства повинні брати участь у фінансуванні будівництва медико-санітарних установ.

Постанова РНК УСРР з 3 квітня 1930 р. та РНК СРСР з 12 січня 1930 р. на господарчі організації покладено обов'язок брати участь у будівництві медико-санітарних установ у радгоспах та радгоспоб'єднаннях.

в) інші надходження

До інших надходжень належать: %% по поточних рахунках, надходження від продажу майна, кватирна плата, плата за лікування від різних організацій (куст-промстрахкасса та інші), дотації з місцевого бюджету тощо.

II. Затвердження бюджету.

Кошти фонду меддопомоги застрахованим витрачається за окремим бюджетом, проект якого складають райздоровінспектори та секції охорони здоров'я міських рад.

Бюджет фонду меддопомоги розглядає бюджетова нарада в складі голови — райздоровінспектора або голови секції охорони здоров'я міськради та членів – представників рай- або міськпрофради, страхкаси та фінансового відділу РВК або фінподаткової секції міськради.

Затверджує бюджет фонду меддопомоги президія РВК або міськради.

Затверджений бюджет надсилається до Наркомздоров'я.

III. Бюджетова номенклятура.

А. Прибуткова частина.

§ 1. Балянсова решта коштів на 1 січня 1931 року.
§ 2. Надходження з сум соціяльного страхування.
ст. 1 — на меддопомогу застрахованим (крім наймитів),
ст. 2 — на меддопомогу наймитам.
ст. 3 — дотації на медико-санітарне будівництво,
ст. 4 — дотації на інші заходи.
§ 3. Дотації від місцевого бюджету:
ст. 1 — на утримання установ та фінансування заходів,
ст. 2 — на медсанбудівництво.
§ 4. Надходження від господарчих, кооперативних та громадських організацій
ст. 1 — на утримання ясел — нарахування на сплачену заробітну плату,
ст. 2 — на утримання ясел — відрахування з фондів поліпшення побуту робітників,
ст. 3 — на медико-санітарне будівництво,
ст. 4 — на інші санітарно-оздоровні заходи.
§ 5. Дотації від Наркомздоров'я.
§ 6. Різні прибутки.
ст. 1 — плата за лікування,
ст. 2 — інші надходження.

Б. Видаткова частина.

§ 1. Утримання апарату.
(Видатки на утримання додаткового рахівничогоробітника для обліку фонда меддопомоги застрахованим та на статистика).

§ 2. Лікарні.
(Крім психіятричних та фізіо-терапевтичних лікарень і пологових будинків).

§ 5. Єдині диспансери, поліклініки, амбуляторії, лікарські та лікпомівські пункти на підприємствах, будівництвах та в радгоспах, зуболікувальні кабінети, швидка допомога.

§ 8. Установи та заходи в справі боротьби з туберкульозою.
(Утримання самостійних тубустанов: тубдиспансери, тубпункти, тубсанаторії, тубстаціонари, тубїдальні; обслідування захворувань на туберкульозу тощо).

§ 9. Установи та заходи в справі боротьби з венеричними захворуваннями.
(Утримання самостійних венустанов: вендиспансери, венпункти, венстаціонари, профілакторії; обслідування захворувань на венеризм тощо).

§ 10. Протезування.
(Придбання протезів, утримання самостійних протезних майстерень та ляборaторій).

§ 11. Санаторії.
(Утримання всіх санаторіїв, крім тих, що перелічені в §§ 8 та 21, та придбання ліжок у санаторіях).

§ 12. Інші лікувальні установи та види меддопомоги.
(Утримання самостійних: рентгенстанцій та кабінетів, фізіо-терапевтичних лікарень та інститутів, диспансерів—психо,- нарко,- онко,- кардіо- та дієтичних).
§ 13. Бактеріологічні та санітарно-гігієнічні лябораторії, пастерівські станції.
§ 14. Санітарні лікарі.
§ 15. Установи та заходи щодо боротьби з малярією.
(Утримання малярійних станцій, пунктів, загонів, видатки на хінізацію, нафтування).
§ 16. Установи та заходи щодо боротьби з профхворобами.
(Утримання промсанлікарів, самостійних: профдиспансерів, психофізіологічних станцій і психо-технічних лябораторій).
§ 17. Санітарно-епідемічні установи та заходи.
(Утримання санітарних станцій, дезостанцій, епідзагонів, лазнево-пральних пунктів та загонів, протиепідемічний фонд тощо).
§ 18. Санітарно-освітні установи та заходи.
(Утримання будинків санітарної культури, гігієнічних консультацій, санітарно-освітніх баз, вистав та театрів, придбання та видання саносвітньої літератури тощо).
§ 19. Ясла для дітей (постійні та сезонні).
§ 20. Інші установи щодо охорони материнства та дитинства.
(Утримання самостійних: пологових будинків, консультацій для дітей та вагітних, молочних кухонь, санаторіїв та оздоровних майданчиків для дітей до 4 років тощо).
§ 21. Охорони здоров'я дітей та підлітків.
(Утримання самостійних: диспансерів охорони здоров'я дітей та підлітків, оздоровних колоній, нічних та денних санаторів, лікарів ОЗДП, заходи щодо оздоровної кампанії).
§ 22. Фізична культура.
§ 23. Курорти.
(Оренда курортних ліжок).
§ 25. Лікарська контроля.
(Утримання бюра лікарської експертизи тощо).
§ 30 Підготовлення та перекваліфікація молодшого медичного персоналу.
§ 39. Підготовлення та перекваліфікація середнього медичного персоналу.
§ 53. Перекваліфікація лікарів.
(Стипендії лікарям, що їх відряджено на курси, витрати, зв'язані з відрядженням лікарів до інститутів удосконалення тощо).
§ 57. Участь в утриманні науково-практичних та науково-дослідних установ.
§ 68. Відрахування на соціяльне страхування із сум зарплати, що її сплачується з §§ 1 - 25.
§ 69. Теж із §§ 30, 39, 53 та 57.

В. Розподіл видатків по статтях.

Для деталізації видатків параграфи видаткової частини номенклятури розподіляється на такі статті:

ст. 1 — Зарплата.
ст. 2 — Адміністративно-господарчі витрати.
ст. 3 — Нове будівництво та початкове устаткування будівель.
ст. 4 — Капітальний ремонт та додаткове устаткування будівель.
ст. 5 — Придбання інвентаря.
ст. 6^1 — Медикаменти, перев'язочні матеріяли, деззасоби тощо.
ст. 6^2 — Харчування.
ст. 6^3 — Інші операційні витрати.
ст. 7 — Матеріяльне забезпечення учнів.

До окремих статтів залучається такі видатки:

Ст. 1. Зарплата.

Зарплата робітникам, службовцям, практикантам, заступникам відпускних, сплата понадурочних; відрахування з фонду зарплати на утримання місцевого комітету.

Примітка: Нарахування на соцстрах та цільову надвишку на робжитлобудівництво сплачується не із ст. 1 кожного окремого параграфу, а з §§ 68 і 69.

Ст. 2. Адміністративно-господарчі витрати.

До ст. 2 залучається:

Канцелярійні видатки (канцприладдя, почтово-телеграфні та телефонні видатки, друкарські видатки, передплата газет тощо);

господарчі видатки (найом приміщення, опалення, освітлення, водопостачання, асенізація та каналізація, утримання дворів та приміщень у чистоті, дрібний ремонт приміщень, утримання транспорту, автомобілів, коней, дрібні господарчі видатки, ремонт інвентаря);

командировочні видатки (переїзди в службових справах, видатки, зв'язані з переміщенням службовців з інших місцевостей).

Ст. 3. Нове будівництво та початкове устаткування будівель.

Видатки так на нове будівництво та поширення вже існуючих приміщень, як і на початкове устаткування будівель. Під початковим устаткуванням будівель слід розуміти пристосування будівель для того, щоб їх використовувати за їхнім призначенням (збудування системи опалення, водопостачання, освітлення, телефонного зв'язку тощо).

До цієї статті не слід включати видатків на придбання меблі, апаратів, приборів тощо.

Ст. 4. Капітальний ремонт та додаткове устаткування будівель.

Під додатковим устаткуванням будівель слід розуміти додаткове устаткування установ, що вже функціонують, тими самими предметами, що їх перелічено в ст. 3.

Ст. 5. Придбання інвентаря.

Витрати на придбання живого інвентаря (крім досвідних тварин), твердого господарчого інвентаря; одягу, взуття, білизни для хворих та дітей, спецодягу; апаратів, приборів, інструментів; наукової та спеціяльної літератури, що входить до складу бібліотеки установи та що її інвентаризується.

Ст. 6[1]. Медикаменти, перев'язочні матеріяли, деззасоби тощо.

Ст. 6[2]. Харчування.

Видатки на харчування хворих, дітей та чергового персоналу.

Ст. 6[3]. Інші операційні видатки.

Придбання та утримання досвідних тварин.

Транспортування хворих.

Витрати на культосвітнє обслуговування хворих (організація бесід, кіно-сеансів, передплата журналів, газет тощо).

Дослідження науковими експедиціями, спеціяльна розробка матеріялів.

Видання наукових робіт; наукові відрядження; наукові з'їзди та конференції.

Фонд соціяльної допомоги.

Придбання протезів.

Сплата аналіз.

Оренда ліжок.

Дотації іншим установам та інші операційні видатки.

Ст. 7. Матеріяльне забезпечення учнів.

Стипендії медперсоналові, що відряджується до курсів та інститутів, утримання учнів у гуртожитках, постачання учням учбових приладь та підручників тощо.

IV. Розпорядження коштами.

Усі суми фонду меддопомоги застрахованим повинні зберігатись обов'язково на окремому поточному рахунку в райдерж- або райсельбанкові. Усі документи на сплату грошей з цього поточного рахунку підписує: райздоровінспектор або голова секції охорони здоров'я міськради та бухгальтер, що веде облік фонду меддопомоги

V. Облік та звітність.

За постановою ВУЦВК'у та РНК УСРР з 21 вересня 1927 р. „Про забезпечення застрахованих і членів їхніх родин медичною допомогою“ (Зб. Зак. УСРР 1927 р., № 46, арт. 210), коштам фонду медичної допомоги застрахованим слід вести окремий облік.

Рахівництво фонду меддопомоги застрахованим у РВК та міськрадах повинен вести окремий бухгальтер фонду.

Видатки на утримання цього бухгальтера можна відносити за рахунок фонду меддопомоги застрахованим.

Облік коштів та матеріяльних цінностей слід вести за інструкцією НК РСІ СРСР щодо рахівництва та звітности для адміністративних урядових установ, що є на бюджеті (вид. 1930 року) та за положенням про облік та звітність щодо матеріяльних цінностів.

Номенклятуру рахунків головної книги відповідно до згаданої інструкції становлюється таку:

№№	№№ за інстр.	Назва рахунків.
1	2	Рахунок поточних рахунків
2	4	„ цінних паперів
3	5	„ депозитних цінностей
4	7	„ підзвітних осіб
5	8	„ дебіторів та кредиторів
6	11	„ місцевих установ по відкритих кредитах.
7	12	„ видатків
8	14	„ паїв та акцій.
9	15	„ матеріялів
10	16	„ інвентаря
11	17	„ будівель та споруджень.
12	29	„ депонентів
13	32	„ майнового фонду
14	—	„ місцевого фонду меддопомоги застрахованим
15	—	„ інших надходжень.
16	—	„ рай-або міськстрахкаси
17	—	„ райвиконкому або секції охорони здоров'я міськради.

Примітка: 1. Рахунків №№ 1-16 слід вживати в бухгальтерії РВК або міськради. Окремі установи фонду меддопомоги (лікарні, поліклініки), що ведуть облік за подвійною системою рахівництва мають рахунки №№ 1-5, 7-13 та 17.

2. Рахунок № 13 призначено лише для розрахунків із страхкасою по відрахуваннях да фонду меддопомоги застрахованим. Інші взаємні розрахунки зі страхкасою слід записувати за рахунком дебіторів та кредиторів.

Кореспонденцію між рахунками точно визначено інструкцією НК РСІ.

Для рахунків, що їх в інструкції НК РСІ немає, встановлюється таку кореспонденцію:

Для рахунку Страхкаси.

У дебет цього рахунку записується суму, що її страхкаса повинна передати за даний місяць на поточний рахунок райздоровінспектора або секції охорони здоров'я міської ради (дебет рахунку Страхкаси — кредит рахунку місцевого фонду меддопомоги застрахованим). Підставою для запису є розрахунок або випис із книги страхкаси. Страхкаса в своєму документі повинна зазначити кількість застрахованих, що за них перелічується гроші. Належна від страхкаси сума визначається через перемноження 1/12 річного асигнування на одного застрахованого на кількість застрахованих за попередній місяць.

У кредит рахунку страхкаси записується суми, що їх страхкаса передає на поточний рахунок райздоровінспектора або секції охорони здоров'я міськради.

Страхкаси повинні належні з них суми вчасно й повністю передавати райздоровінспекторам та секціям охорони здоров'я міських рад.

Для рахунку Інших надходжень.

У кредит цього рахунку записується всі надходження, що їх передбачено в прибутковій частині бюджету (крім основних надходжень до місцевого фонду меддопомоги від страхкаси) На кожний вид надходжень відповідно до прибуткової номенклятури кошторису відкривається окремий рахунок.

Від підприємств, що повинні нараховувати $1^1/_4\%$ на сплачену заробітну плату, слід вимагати щомісячні відомості про сплачену заробітну плату та стежити за вчасним перецліченням грошей.

Так само бухгальтерія повинна діставати точні відомості про суми, що їх мають вносити на санітарно-оздоровні заходи та медико-санітарне будівництво різні господарські організації, зокрема—з фонду поліпшення побуту робітників.

На кінець року суму сальдо рахунку інших надходжень перелічується на рахунок Місцевого фонду меддопомоги застрахованим. (Дебет рахунку інших надходжень — кредит рахунку Місцевого фонду меддопомоги застрахованим).

Для рахунку Місцевого фонду меддопомоги застрахованим.

У кредит цього рахунку записується суми, що їх повинна страхкаса перелічувати на медичну допомогу застрахованим (дебет рахунку страхкаси), а також сальдо з рахунку інших надходжень на кінець року

У дебет цього рахунку на прикінці року переноситься сальдо з рахунку витрат.

В такий спосіб, рахунок Місцевого фонду меддопомоги застрахованим Відбиває виконання бюджету фонду меддопомоги застрахованим відповідного РВК або міськради за даний рік.

Для рахунку Райвиконкому або секції охорони здоров'я М/Ради.

Цей рахунок ведуть окремі установи фонду меддопомоги.

У кредит цього рахунку записується: а) суми, що їх одержує установа від райздоровінспектури або секції охорони здоров'я міськради в рахунок кошторису;

б) суми надходжень з інших джерел (кватирна плата, плата за лікування тощо);

в) вартість майна та матеріялів, що його одержує установа від секції за рахунок свого кошторису.

В останньому разі добітується рахунок Витрат, а вартість одержаного майна водночас записується в дебет рахунку інвентаря або Матеріялів та в кредит рахунку Майнового фонду,

Форми звітів та терміни їх подавання.

1) Медико-санітарні установи повинні щомісяця до 5 числа подавати до райздоровінспектури або секції охорони здоров'я фінансові звіти за формою № 1.

2) Ті самі установи повинні подавати не пізніше 15 січня річні фінансові звіти.

До річного звіту повинні входити: а) прикінцевий баланс (в установах, де ведеться подвійну систему бухгальтерії) — форма № 2;

б) спис дебіторів та кредиторів на 1 січня — форма № 3;

в) відомість нерухомого майна, інвентаря та матеріялів за даними перевірки на 1 січня — форма № 4;

г) відомість про виконання кошторису — форма № 1 (відомість за вересень)

3) Не пізніше 10 числа першого місяця кварталу РВКи та секції охорони здоров'я міських рад повинні подавати до Наркомздоров'я квартальні відомості про рух застрахованих та розрахунки із страхкасою по сумах фонду меддопомоги застрахованим — форма № 5

4) Райвиконкоми та секції охорони здоров'я міськрад повинні подавати до Наркомздоров'я не пізніше 20 липня фінансові звіти за перше півріччя за формою №6.

5) РВКи та секції охорони здоров'я міськрад подають до Наркомздоров'я річні звіти не пізніше 1-го лютого в такому обсязі:

а) пояснювальна записка до звіту;

б) зведений баланс на 1 січня—форма № 2;

в) відомість про виконання кошторису—форма № 6.

Беручи на увагу, що несвоєчасне подання звітів затримує складання звіту по Україні, Наркомздоров'я категорично настоює на тому, щоб вищезазначені звіти та відомості подавалося в призначений термін повним обсягом.—

За Народнього Комісара Охорони здоров'я УСРР **Нагорний**

Заст. керівника плянового сектору **Довбищенко**

Форма № 1.

До РВКу), секції
охорони здоров'я міськради

(назва установи)

ВІДОМІСТЬ

про виконання кошторису витрат за міс. 193 . . . р.

Одержано в рахунок кошторису

до 1 числа цього місяця Карб.

За цей місяць:
від РВК або міськради

інших надходжень:

а)

б) Карб.

Разом за місяць Карб.

Витрачено:

№№ параграф.	№№ ст. ст.	Назва статтей витрат	Асигнов. на рік	Витрачено: До 1 цього міс.	Витрачено: За цей мім.	Витрачено: Разом
	1	Зарплата				
	2	Адм. господ. витрати .				
	3	Нове будівн. та початкове устаткування . .				
	4	Капітальний ремонт та додаткове устаткування				
		Придбання інвентаря .				
	5	Медикаменти та перев'язочні засоби				
		Харчування				
	6^1	Матер. забезпеч. учнів .				
	6^2					
	7	Разом				

Решта на 1 наступн. місяця Карб.

Керівник установи

Рахівник

„ " 193 . . . р.

Форма № 2.

Баланс .
(назва установи)

на 1/ 193 . . . р.

Актив.			Пасив		
№№ за номенкл.	Назва рахунків	Сума	№№ за номенкл.	Назва рахунків	Сума
1	Поточний рахунок . . .		5	Кредитори	
2	Цінні папери		12	Депоненти	
3	Депозитні цінності . .		13	Майновий фонд	
4	Підзвітні особи		14	Місцев. фонд меддопомоги застрах	
5	Дебітори		17	РВК або міськрада . .	
6	Місцеві установи по відкритих кредитах . .				
8	Паї та акції				
9	Матеріяли				
10	Інвентар				
11	Будівлі та споруджения				
16	Рай або міськстрахкаса				
	Баланс			Баланс	

Керівник установи

Рахівник

„ 193 . . . р.

Форма № 3

СПИС

дебіторів та кредиторів

. .
(назва установи)

на 193 . . р.

№№ з/чер.	Найменування дебіторів та кредиторів	Сума		Примітка (за що лічиться та з якого часу)
		Дебіторів	Кредиторів	
	Разом . .			

Керівник установи

Рахівник

„ 193 . . р.

Форма № 4

.
(назва установи)

АКТ
перевірки матеріялів та інвентаря
на 193 . . р.

Ми нижчепідписані, члени комісії у складі .
перевели перевірку на підставі і виявили таке:

№№ за черг.	Найменування предметів	Лічиться по книгах			Є дійсно			Лишки			Нестача			Примітка
		Кільк.	Ціна	Сума	Кільк.	Ціна	Сума	Кільк.	Ціна	Сума	Кільк.	Ціна	Сума	
	Разом . .													

Висновок комісії про лишки та нестачі:

Підписи: {

„ . . “ 193 . . р.

Форма № 5

До Народного Комісаріяту охорони здоров'я УСРР . Р. В. К, або міськрада

ВІДОМІСТЬ
про рух застрахованих та розрахунки зі страхкасою
за час 193 . . . р.

1. Заборгованість на 1 за страхкасою на користь РВК або міськради			1. Заборгованість на . (на користь страхкаси)		
2. Було застрахованих: у міс. чол. у „ „ у „ „			2. Одержано від страхкаси		
Разом. . .			3. Решта на 1 . . . 193 . . (на користь РВК або міськради)		
Належало відрахувати по . . . карб. . . коп. на 1 місяць на одного застрахованого, а на 3 місяці на всіх					
3. Решта на 193 . . р. (на користь страхкаси)					
Разом. . .			Разом. . .		

Райздоровінспектор або голова секції охорони здоров'я
Бухгальтер

Форма № 6

До Народнього Комісаріяту Охорони Здоров'я УСРР

. РВК або міськрада

ВІДОМІСТЬ

про виконання бюджету фонду меддопомоги застрахованим

за час з 193 . . р. до 193 . . р.

I. Прибуткова частина:

§§	Ст.		Асигновано	Надійшло	Проти асигнован. більш	Проти асигнован. менш
1		Балянсова решта на 1/I—31 р.				
2		На надження від органів соціяльного страхування:				
	1	на меддопомогу застрахован.				
	2	„ „ наймитам . .				
	3	дотації на медсанбудівництво				
	4	„ „ інші заходи . . .				
3		Дотації від місцевого бюджету:				
	1	на утримання установ та сан. оздоровні заходи				
	2	на медсанбудівництво . . .				
4		Надходження від господарчих, кооперативних та громадських організацій:				
	1	на утримання ясел — нарахування на зарплату				
	2	на утримання ясел—з фондів поліпшення побуту робітників				
	3	на медсанбудівництво . . .				
	4	на інші санітарно-оздоровні заходи				
5		Дотація від НКОЗ				
6		Різні надходження:				
	1	плата за лікування				
	2	інші надходження				
		Разом . .				

II. Розрахунки зі страхкасою по відрахуваннях до фонду меддопомоги застрахованим (до § 2, ст. 1).

1) Заборгованість на 1 193 . . р. (за страхкасою або страхкасі) Карб.

2) Належало одержати, виходячи із . . . застрахованих по . . . крб. . . . коп. на одного застрахованого на рік (півроку) „

3) Одержано від страхкаси за рік (півроку) „

4) Заборгованість на 1 193 . . р. (за страхкасою або страхкасі) „

III. Видаткова частина

§§		ст. 1		ст. 2		ст. 3		ст. 4	
		асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	асигнув.	витр.
1	Утримання апарату . . .								
2	Лікарні								
5	Єдині диспансери, поліклініки, амбуляторії, пункти на підприємствах тощо .								
8	Установи та заходи у справі боротьби з туберкульозом								
9	Установи та заходи у справі боротьби з вензахворуван.								
10	Протезування								
11	Санаторії (крім дитячих) .								
12	Інші лікувальні установи та види меддопомоги . . .								
13	Бактер. та сан.-гіг. лябораторії, пастер. станції . .								
14	Санітарні лікарні								
15	Установи та заходи щодо боротьби з малярією . .								
16	Установи та заходи щодо боротьби з профхворобами								
17	Сан-епід. установи та заходи								
18	Саносвітні установи та заходи								
19	Ясла для дітей								
20	Інші установи щодо охорони материнства та дитинства								
21	Охорона здоров'я дітей та підлітків								
22	Фізична культура								
23	Курорти (оренда ліжок) . .								
25	Лікарська контроля . . .								
30	Підготовка та перекваліф. молодшого персоналу . .								
39	Підготовка та перекваліф. середн. мед. персоналу .								
53	Перекваліфікація лікарів .								
57	Участь в утриманні наук.-практ. установ								
68	Соцстрах по §§ 1—25 . .								
69	Теж по §§ 30, 39, 53, 57 .								
	Разом . .								

Райздоровінспектор або голова секції охорони здоров'я

ст. 5		ст. 6^1		ст. 6^2		ст. 6^3		ст. 7		Разом		Проти асигнув.	
асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	асигнув.	витр.	більш	менш

Бухгальтер

74. Про забезпечення лікустанов харчовими продуктами

До всіх РВК'ів (РЗІ) та міськрад (секцій ОЗ), МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР

Посилаючи разом із цим постанову Наркомпостачання з 24 січня 1931 р. за № 32 про постачання лікарень, Наркомздоров'я пропонує Вам вжити всіх заходів до повного забезпечення установ харчовими продуктами, так із централізованих фондів, як і з децентралізованих заготівель. Основне постачання медсанустанов покладено на Вукопспілку себто через робкоопи та райСТ, але деякі продукти та суто-дефіцитні матеріяли (госп. мило, глорія) надсилатимемо безпосередньо на В/адресу через Хаторг.

В разі коли цієї постанови окремі райторги не запровадять у життя, повідомте про це НКОЗ.

Член Колеґії НКОЗ — Керівник оргінстр. сект. **Суслов.**

Керівник групи постачання **Кокан.**

(Об. лист НКОЗ з 29 січня 1931 р.).

Про постачання лікарень

На додаток до постанови колеґії Наркомторгу від 1 грудня 1930 р. № 368 про постачання медично-санітарних установ України, для забезпечення постачання лікустанов Наркмздоров'я:

а) Запропонувати Укрм'ясо з лютого щомісячно відпускати з централізованих ресурсів за рознарядкою Наркомздоров'я для постачання лікустанов спису №№ 2 та 3 — 110 тонн м'яса.

Запропонувати Укрм'ясо свиней від власної відгодовки робкоопів та вибраковану худобу, що їх витрачається для постачання лікарень зарахувати в централізоване постачання лікарень.

б) Запропонувати Укррибтресту відпустити за рознарядкою Наркомздоров'я на I квартал 1931 року — 200 тон рибкраму.

в) Запропонувати Укрмолокоптаху відпустити лікустановам Наркомздоров'я за рознарядками останнього, починаючи з лютого щомісячно 25 тонн маргарину.

г) Запропонувати ВУКС забезпечити постачання цукру лікустановам, виходячи з норми 1,5 кіло на місяць на хворого.

Відповідно до виділення фондів рибкраму, м'яса та маргарина, на зміну пакта „1" постанови Наркомторгу від 1-XII-30 р. встановити такі норми постачання на одного хворого:

1. М'яса в пунктах списків №№ 2 та 3 . . . 2 кіло на м-ц
2. Рибкраму в усіх пунктах центр. постач. . 1 „ „ „
3. Жирів в усіх пунктах центр. пост. 300 гр. „ „

Заст. Наркомпостачання **Плис.**

(Постанова НКПостач. з 24 січня 1931 р. ч. 32).

Із протокола засідання президії ЦК спілки металістів з 2-X—1930 р.

75. Резолюція *)

на доповіді Наркомздоров'я РСФРР і УСРР про стан медобслуговування метало-електропромисловости.

1. Президія ЦК металістів, заслухавши доповіді НКОЗ РСФРР та УСРР про стан медобслуговування метало-електропромисловости, констатує, що останнім часом є деяке зрушення щодо розширення та поліпшення меддопомоги робітникам проми-

*) Друкуємо тільки основні пункти. — Ред.

слових районів взагалі, в тім числі й робітникам, що працюють в основній металоелектромисловості (збільшено кількість пунктів першої допомоги безпосередньо на виробництві: 1929 року по РСФРР було 1220 п. п. д., а 1930 р. — 1901 пункт, закінчено будівництво великих поліклінік, що обслуговують металістів (Сормово, Коломна, Сталіне, Краматоровка та інш.), збільшено кількість ясел на підприємствах, де вживається жіночої праці (на Україні охоплено 85% дітей робітниць-металісток).

2. Вимоги соціялістичної реконструкції народнього господарства, зростання індустріялізації країни, велетенські темпи розвитку промисловости, швидке кількісне зростання промислових робітників, перехід на 7 годинний робітний день і на безперервку, розвинення соціялістичних форм праці в промисловості, — оце все зобов'язувало органи охорони здоров'я перебудувати форми та методи своєї роботи й скласти собі за основне завдання провадити медичне обслуговування насамперед промислових робітників.

3. Проте, до постанови ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян (грудень 1929 року) Наркомздоров'я та органи на місцях не тільки не були підготовлені до вимог реконструктивного періоду, і меддопомога відставала від загального зростання промисловости та потреб робітництва, але протягом останніх років спостерігалось послаблення, іноді навіть перекручення клясової лінії в справі охорони здоров'я на місцях (перекручення клясової лінії в Московському та Ленінградському бюрі лікарської експертизи).

Заходи, що їх провели НКОЗ минулого періоду після постанови ЦК ВКП(б), що випрямлюють клясову лінію в справі охорони здовов'я та утворюють можливість повнішого здійснення директив ЦК ВКП(б) щодо переважного обслуговування робітників, хоча й викликали деяке зрушення в роботі органів охорони здоров'я на місцях по обслуговуванню робітників, зокрема металістів, але фактичний стан лікпрофдопомоги все ж таки значно відстає від указівок ЦК ВКП(б).

Недосить розвинено пункти першої допомоги; амбуляторної допомоги ще не наблизили до виробництва. Недосить обслуговується допомогою на дому; мережа лікувальних установ промислових районів, особливо стаціонарних, а також ясел ще далеко не задовольняє потреб робітників, недосить розгорнено нове лікарняне будівництво.

6. Соціялістичний наступ складає особливо великі вимоги до металопромисловости і робітників, що в ній працюють. Отже, різке поліпшення медико-санітарного обслуговування металістів мусить стати за одне з основних завдань НКОЗ та його органів за найширшої допомоги від профспілки та суспільности, через що:

а) НКОЗ треба відповідно побудувати роботу та невпинно стежити, щоб надалі роботу органів охорони здоров'я запроваджувалося із пильнішим додержуванням клясового принципу, щоб різко поліпшувано було медико-санітарне обслуговування промислових районів (Урал, Нижегородський край, Металорайони України). Місцевим організаціям ВСРМ широко поставити організацію контролі;

б) Теперішню систему статистики треба перебудувати так, щоб вона сприяла можливості виявляти кращу організацію чіткого клясового та переважного обслуговування промислових кадрів, своєчасно сигналізувати порушення клясової лінії в органах (установах охорони здоров'я) та давала можливість вивчати за виробничою ознакою склад обслуговуваних робітників та їхню захоруваність.

в) По підприємствах, що перейшли на безперервку, сьомигодинний робітний день поряд введення багатозмінности треба роботу збудувати так, щоб кожну зміну та кожний робітний день безперервно забезпечувалось меддопомогою.

г) Щоб забезпечити матеріяльну базу охорони здоров'я, треба, щоб збільшилася питома вага місцевого бюджету на потреби охорони здоров'я (в загальному бюджеті виконкомів); треба здійснити участь промисловости в будівництві мережі охорони здоров'я в нових та розширюваних промпідприємствах на основі чинного законодавства до рівня встановлених показників меддопомоги для промислових робітників (1 ліжко на 75—100 робітників; 16-18 амбуляторних відвідувань на 1 робітника та цілковите охоплення дітей робітниць металісток яслами).

д) Розгортаючи мережу та плянуючи фонди на будівництво місцевих, державних запасних фондів меддопомоги: треба насамперед забезпечувати будівництвом в існуючих основних металопромислових районах (Урал, Україна, Нижкрай тощо) та металічних гігантах, що будуються (Кузбас, Магнітогорське, Дніпрокомбінат, тракторозаводів та інш.).

Плянуючи ж відпуск коштів на утримування мережі меддопомоги, встановлювати найвищу ставку для промислових металорайонів, а всередині краю та областей (не промислових) виділяти робітників металорайонів та окремі заводи, щоб відпускати підвищені кошти.

7. Президія ЦК ВСРМ вважає, що на 1930-31 роки треба вжити рішучих заходів, щоб наблизити та поліпшити меддопомогу металістам, для чого:

Пункти першої допомоги

а) Наркомздоровам та соціяльно-побутовій групі ЦК протягом 2 місяців подати конкретний плян потрібного будівництва та розгортання пунктів першої допомоги на існуючих заводах, виходячи із встановлених норм НКОЗ та ВРНГ;

б) Треба забезпечувати підприємство першою допомогою протягом всього часу роботи, при чому всі зміни обслуговуються лікарською допомогою;

в) крім наявних загально-заводських пунктів першої допомоги, треба розгорнути такі пункти безпосередньо по великих та віддалених цехах;

г) змінити роботу пунктів першої допомоги на підприємствах, скерувавши роботу лікаря на вивченні виробництва, перевівши роботу лікаря з суто-лікувальної на роботу надання першої допомоги, профілактику, на вивчення профшкідливостей. Для цього провадити систематичну роботу в справі виявлення вогнищ профотруїнь, дільниць, небезпечних на травматизм і взагалі груп робітників, пораженних найбільше захоруваннями:

д) рішуче боротися з тенденцією деяких здоровввідділів, завкомів і робітників надати роботі пунктів першої допомоги амбуляторний характер; роботу лікаря пункту й промсанлікаря щільніше пов'язати з роботою інспекції праці, заводських комісій охорони праці та що відають справу техніки безпеки; допомогтися впливу лікаря на організацію та режим праці робітників у підприємствах.

е) Заводоуправління повинні забезпечити всі підприємства приміщеннями, цілком відповідними для пунктів першої допомоги та дежурним транспортом;

з) протягом місяця НКОЗ повинні опублікувати положення про пункти першої допомоги.

Позалікарняна допомога

Позалікарняну допомогу, що править за основну ланку в справі надання меддопомоги, треба впорядкувати, провівши зокрема такі заходи:

а) систему єдиного диспансера, як методу боротьби з паралелізмом в роботі лікувальних та санпрофустанов, з розпорошуванням сил і коштів, як методу, що дає змогу пляново й з найбільшим ефектом використати лікувальні ресурси — визнати за доцільну;

б) НКОЗ прискорити запровадження в життя об'єднання роботи за типом єдиного диспансера, ввівши цю систему 1930-31 р. в великих промислових центрах, прискорити темп диспансеризації робітників металістів, передусім тих, що працюють у шкідливих виробництвах;

в) щоб усунути різку невідповідність наявности мережі та кількости обслуговуваних робітників, треба мережу спеціялізованих амбуляторних прийомів довести до норм, що забезпечують цілковите обслуговування металістів, відсутність черг та переобтяження лікарів. Крім основних видів амбуляторної допомоги, треба наблизити до робітників допомогу зуболікарську, фізіотерапевтичну, діягностичні уставлення (рентген, лябораторії); допомогу на дому, а також швидку допомогу треба розширити та забезпечити транспортом від здоровввідділів.

Ліжкова допомога

Зростання ліжкової допомоги різко відстає від зростання промислових кадрів металістів. У зв'язку з гострим дефіцитом ліжкової допомоги—здоровввідділам та завкомам треба особливо пильно слідкувати за запровадженням на місцях клясового принципу підчас надання ліжка. Треба домогтися підвищення відпуску коштів та норм харчування в лікарнях, радіоналізувати зберігання продуктів та виготовлення їжі, вижити прогули ліжок по лікарнях.

Ясла та охорона здоров'я підлітків

9. Відзначаючи розвинення справи охорони материнства та дитинства, ЦК ВСРМ все ж таки визнає, що це основне завоювання радянської оборони здоров'я ще недосить розвинено, особливо в промислових районах. Дальшому розвиненю мережі установ охматдиту, особливо ясел, значною мірою стоїть на перешкоді відсутність відповідних приміщень, хоч є на це постанови Уряду.

Зважаючи на швидке зростання жіночої праці в металопромисловості та потребу забезпечити підприємства постійними кадрами, ЦК ВСРМ відмічає потребу цілком виконати закон про будівництво госпорганами приміщення для ясел та здійснити чинні законоположення про утримування ясел на підприємствах.

Відзначаючи, що деякі заводські комітети ставляться пасивно до питання забезпечення робітниць яслами, запропонувати всім низовим профорганам встановити пильний контроль над точним виконанням госпорганами зобов'язань щодо будівни-

цтва ясел, а також слідкувати за тим, щоб своєчасно відраховувалося та правильно використовували кошти, що на утримання ясел (з фонду поліпшення побуту робітників, 0,25% зарплати тощо).

НКОЗ через низку раціоналізаційних заходів повинен вжити заходів до здешевлення утримування дітей в яслах та поліпшення санітарного стану ясел.

НКОЗ треба збільшити оздоровні заходи для підлітків, як-от: літні лагері для піонерів, сантабори для молоді та поліпшити їхне утримання.

Саногляди повинні стати за основну ланку в роботі по охороні здоров'я покоління, що підростає. Треба також зміцнити лікарську контролю в галузі фізкультури.

Санітарний стан.

10, Несталий епідемічний стан селищ металоробітників з всією гостротою висуває питання про запровадження в них санітарного мінімуму, на що треба звернути особливу увагу Народніх Комісаріятів Охорони Здоров'я, крайових та районних відділів охорони здоров'я. Президія ЦК металістів вважає, що вплив органів сандогляду треба забезпечити в всьому комунальному та житловому будівництві, яке провадять на місцях.

Санітарний стан робітничих селищ металістів вимагає посиленої уваги сандогляду в частині водвпостачання, каналізації, громадських лазень і прален.

Саносвітроботу треба поставити в плян загальної культурної роботи завкомів, клюбів і червоних кутків. Санітарно-освітню літературу треба просунути до робітничих клюбів та робітничих селищ.

Оробітничення. Кадри та поліпшення якости медобслуговування.

11. Президія ЦК ВСРМ вважає за потрібне посилити темп оробітничення органів охорони здоров'я та запровадження в життя метод висування на провідну роботу робітників підприємств і професійних робітників. Підчас розподілу медперсоналу відрядити кваліфікований персонал передусім до індустріяльних районів. НКОЗ треба підвищити якість теперішньої медико-санітарної мережі підвищуючи водночас кваліфікацію лікарів, сестер і молодшого персоналу. НКОЗ повинні тримати курс на поліпшення соціяльного складу лікарів, для чого запропонувати завкомам провадити кампанії в справі відрядження робітників з підприємств до медичних навчальних інститутів. Підвищити труддисципліну серед медперсоналу та вижити неуважне та брутальне ставлення до робітників, що досі ще спостерігається від частини медперсоналу в лікувальних установах.

Профілактична допомога (курорти і будинки відпочинку).

12. Вважаючи повніше забезпечення металістів профілактичною (у будинках відпочинку) та лікувальною (у санаторіях та курортах) допомогою за один з найважливіших елементів оздоровлення робітництва й піднесення культурного й матеріяльного рівня робітників, Президія ЦК ВСРМ зауважує, що НКОЗ поряд збільшення асигнувань Цустраху на профілактичну допомогу та будівництво будинків відпочинку треба таке: а) маючи на меті надавати робітникам більшу змогу орендувати місця власним коштом, розробити заходів, що сприяють знизити продажну вартість місць, призначених на орендування. Розробити систему диференціяльної оплати ліжок.

Вважати за доцільне покриття дефіциту, що станеться від часткової оплати продажної вартости ліжок, виділити спеціяльний фонд здешевлення продажної вартости ліжок для робітників, що їдуть в санаторії на власний кошт.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Плян з'їздів та нарад 1931 р.

Плян з'їздів і нарад, що скликає Наркомздоров'я протягом 1931 року, містить в собі таке:

З'їзди й наради загальні та спеціяльні, що скликає НКОЗ

Питання кадрів:

а) Нарада представників медичних технікумів у питаннях підготовки середнього медперсоналу. Квітень.

б) Нарада директорів фармвузів у питаннях фармац. освіти. Березень.

Загальні та організ. питання

а) Нарада робітників бюро винахідництва. Травень.

б) Нарада медустанов та наукових інститутів у справі раціоналізації медобслуговування. Червень.

Санепід. Боротьба з профзахоруваннями. Оздоровлення побуту

а) Нарада про дезінфекційну справу. Березень.

б) Нарада промсанлікарів в питаннях боротьби з профзахворуваннями в хемічній та метальовій промисловості. Лютий.

в) Така сама нарада в справах захворувань, що спостерігаються в гірничій промисловості. Липень.

г) Теж в металюргійній промисловості. Серпень.

д) Крайові наради в справах оздоровлення праці та побуту—у Києві, Одесі, Сталіні—Квітень; Дніпропетровськ. Травень.

Лікувально-профіл. справа. Курорти

а) Міжрайонова нарада представників санаторій, будинків відпочинку, платної лікмережі-в питаннях організації медсандопомоги. Липень *).

б) Така сама нарада. Вересень *).

в) Всеукр. нарада місцевих курортів, санаторій, будинків відпочинку в питаннях організації медсандопомоги. Березень *).

г) Нарада міжрайонних фармінспекторів. Січень.

д) Нарада в справах єдиного диспансеру. Травень.

Поряд цього Наркомздоров'я братиме протягом 1931 року участь в таких наукових нарадах та З'їздах.

1. Всеукр. з'їзд рентгенологів та радіологів—т. Харків-Лютий.
2. XII Всесоюзний з'їзд епідеміологів та санлікарів—Київ або Одеса—Травень.
3. Всесоюзний з'їзд онкологів м. Харків—Червень.
4. Всесоюзний з'їзд педіятрів м. Київ—Липень.
5. Всесоюзний з'їзд здоровоохорони Москва або Харків—Травень.
6. Крайова нарада в питаннях боротьби з венеризмом—Харків-III квартал пот. року.
7. Така сама нарада. Одеса-III квартал.
8. Всесоюзна нарада в питаннях саносвіти. Москва.
9. Всесоюзна нарада з метод. питань медосвіти. Москва—Лютий.
10. Всесоюзний з'їзд терапевтів. Москва.
11. IX Всесоюзний з'їзд акушерів та гінекологів. Москва—Вересень.
12. Всесоюзний фармац. з'їзд. Москва—Березень.
13. Всеукр. з'їзд психо-неврологів Харків—Грудень.
14. II Всеукр. з'їзд терапевтів. Київ—Вересень.
15. Всеукр. стоматологічн. з'їзд. Харків.
16. Перший Всесозн з'їзд у справах фізкультури. Москва—Лютий.

У в а г а: Терміни деяких з'їздів і нарад визначено тут, як орієнтовні.

2. У Надзвичайній комісії боротьби з епідеміями

Доповіді про епідстан районів

Протягом останнього часу Надзвичайна комісія, як і досі, практикувала заслухування доповідей райздоровінспекторів і представників районів, де спостережено випадки пошесних захорувань. Такі доповіді складали на Комісії райони Любарський, Червоноградський, Чубарівський, Баштанський, Новобузький, Гадяцький, Бахмацький, Старо-Ушицький і ряд інших. Поряд складання інструктивних практичних вказівок та зауважень, Надзвичайна комісія багатьом районам надала матеріяльну допомогу з коштів центрального епідфонду, відпустила обладнання для деззагонів, камери тощо.

Стан виробництва дезінфекційних камер.

За спеціяльним дорученням Надзвичкому бриґада НКОЗ відвідала Маріюпільський машинобудівельний завод, де обслідувала справу виготовлення дезкамер. Бриґада виявила між іншим таке:

Завод постачають матеріялами за третьою категорією, через що виготовлення камер за браком багатьох матеріялів та арматури провадиться надзвичайно кволо.

*) Скликає Укркурупр.

Взагалі завод потрібує того, щоб відповідні організації визнали повнотою велике значення, що має продукція заводу.

На доповідь бриґади Надзвичайна Комісія (підчас доповіді був представник УКРМЕТО. що йому належить Маріюпільський завод) взяла до відому, що, раціоналізувавши Мармашзавод, можна довести виробництво до 700 камер на рік, але за умови постачання заводові потрібних матеріялів та арматури.

Виходячи з цього, НКОЗ звернувся до голови ВРНГ т. **Сухомліна** з посиленим клопотанням, щоб справу виготовлення дезкамер було поставлено, як першорядну за своїм значенням. Перед органами прокуратури поставлено питання, щоб винних в зриві програми виготовлення дез. камер було притягнено до відповідальности.

3. На міжрайонних нарадах

Міжрайонові наради, що за пляном Наркомздоров'я провадяться по Україні, притягують до себе велику увагу місцевих робітників охорони здоров'я.

До 25 лютого відбулися вже наради в Артемівському (для Донбасу) Куп'янці, Одесі, Сумах, Конотопі й Проскурові. Протягом березня місяця відбудуться наради в м. м. Києві, Дніпропетровському. Винниці. Житомірі, Миколаєві, Гумані та Лубнях.[1]) Разом оці всі наради охоплять понад 250 районів УСРР, що разом із попередніми нарадами дасть охоплення майже всіх районів України.

Перші наради пройшли за значної активности учасників, що порядком здорової самокритики визначили ряд недоліків у роботі органів здоровоохорони та їхніх установ: Незадовільний санітарний стан районів (зокрема в Донбасі), недостатня подекуди боротьба з пошесними захоруваннями, антисанітарним станом робітничих гуртожитків, незадовільний стан надання першої допомоги в окремих районах Донбасу, хоча в цій останній справі є вже певне зрушення.

Багато промовців визнали, що надто мало зроблено в галузі притягування пролетарської суспільности до справи здоровоохорони.

Доповіді з місць, що подавали райздоровінспектори та головлікарі лікарень (деяких), доводять про низку неполадок в справі так організаційного обслуговування, як і з окремих питань медсанроботи.

Не скрізь гаразд в справі постачання лікарень. Ось окремі приклади: Гадяцький, Липово-Долинський райони ще не одержали вовняних ковдр, що на них вже дано наряди. Наряди на пошивку білизни НКОЗ хоч і дав, але лінією госпорганізацій не все налагоджено, і районам доводиться вислухувати такі відповіді, що, мовляв, на пошивку ще не дістали мануфактури з центру.

Випадки відбирання приміщень лікустанов та призначення їх під інші установи тривають ще й досі. Річанську лікарню на Білопільщині відремонтували та передали для потреб школи, у Недригайлові відібрано приміщення амбулаторії, де раніше перебувала також консультація.

Звичайно, спостережено силу скарг на брак медперсоналу. Проте, поряд справедливих скарг на загальний брак персоналу чути було голоси також і про нераціональний розподіл наявних кадрів, використання робітників. ненадання належних пільг. Наприклад: лікаря Капустина (Тростянецького району) не відпускають їхати на інтернатуру. В Іченському районі лікар-хірург використовується на посаді санітарного лікаря. Були скарги й на затримування вимог периферії Наркомздоров'ям щодо задоволення кадрами.

Перші враження доводять, що райони потрібують тривалої та систематичної допомоги в розумінні інструктажу, з'ясування найважливіших питань і напрямку здоровоохорони.

За позитивне явище треба визнати енергійне готування районних робітників здоровоохорони до запровадження весняної сільсько-господ. виробничої кампанії. У багатьох місцях уже провадяться курси першої допомоги, мобілізують громадську думку навкруги меддопомоги підчас засівів. Плянові передбачення НКОЗ щодо розгортання мережі сезонових дитячих ясел у багатьох місцях перевищуються, і місця висувають зустрічний плян.

Взагалі корисність міжрайонових нарад безперечна. На решті нарад представники НКОЗ, як і раніше, виявляючи недоліки місцевої роботи, складатимуть практичні вказівки місцям, надаючи інструктивну допомогу.

4. До справи будівництва гуртожитків для курсантів

Колегія НКОЗ відзначила, що роботу інститутів удосконалення лікарів, роботу, що має велику вагу в справі розв'язання проблеми кадрів, значно гальмує брак

[1]) Більшість цих нарад уже відбулася. Ред.

гуртожитків для лікарів-курсантів. Брак приміщень призвів навіть до того, що інститути не завантажені повнотою. Ефективність роботи звичайно терпить від цього

Отже, через те, що НКОЗ власним коштом не може задовольнити всіх курсантів приміщеннями, а справа підвищення кваліфікації лікарів певною мірою цікавить і місцеві органи, як міськради та РВК'и, а також промислові й госпорганізації, Колегія висловилася за притягування місцевих органів та установ до будівництва гуртожитків для курсантів.

Поряд загального опрацьовання цієї справи у відповідних секторах НКОЗ (пляновому, кадрів тощо), передбачається виділити на цю потребу відповідні кошти з республіканського фонду меддопомоги.

5. Дотація Укркурупрові на будівництво

Зважаючи на потребу для Українського Курортового Управління ще до початку весняно-літнього сезону провести ряд заходів щодо реконструкції та розширення санаторно-курортної справи (прийом та відкриття нових санаторій і курортів, розширення житлофонду в них тощо), колегія НКОЗ видала УКУ на капіталовкладення по курортах 450.000 карб.

6. Всеукраїнський Інститут Заочної Медосвіти

Всеукраїнський Інститут заочної медичної освіти утворено Народнім Комісаріятом Охорони Здоров'я УСРР, щоб підготовлювати, перепідготовлювати та підвищувати кваліфікацію медперсоналу для всієї мережі установ охорони здоров'я на Україні через заочну медичну освіту.

Справу підготови медичних кадрів в умовах бурхливого зростання нашого соціялістичного будівництва неможна розв'язати тільки системою стаціонарних (очних) медичних інститутів та технікумів. Їхня перепускова спроможність надто обмежена, а зростання культурних потреб, потреба забезпечити запити промисловости, села, що колективізується, та всіх трудящих медико-профілактичною допомогою, що відповідала б завданням соціялістичного наступу, вимагає величезної сили нових кадрів, щоб стояти на рівні сучасної медичної науки та сучасної системи радянської охорони здоров'я.

Постанова ЦК ВКП(б) (грудень 1929 р.) вимагає, щоб рішуче було змінено стан справи охорони здоров'я в Республіці, щоб цій справі було надано темпи, що відповідають всьому процесові нашого соціялістичного будівництва, здійснення чіткої клясової пролетарської лінії в усій политиці та практиці радянської здоровоохорони.

Щоб виконати ці основні директиви партії, потрібні відповідно підготовлені та клясово витримані кадри медробітників.

Саме, щоб допомогти розв'язати проблему кадрів у сучасних умовах, покликано заочну освіту, що стає поряд стаціонарної, за основну систему підготови потрібних країні кадрів.

У системі Всеукраїнського Інституту заочної медосвіти є вже ряд навчальних закладів, так вищого, як і середнього типу, що заходяться навколо питань піднесення кваліфікації та перекваліфікації медичних робітників різних фахів: зубних лікарів, фармацевтів, лікпомів, акушерок, сестер. При цьому передбачено можливість через заочне навчання (теоретичні курси), сполучуючи це із практичними заняттями, семінарами, консультаціями, цілою системою контролювання роботи учнів,— здобувати із зазначених категорій медробітників—фахівців вищої якости, як-от: лікарів - стоматологів, фармацевтів, лікарів, помлікарів єдиного диспансеру тощо.

До запровадження навчальної роботи з заочниками притягнено всю систему стаціонарних медичних навчальних закладів, існуючу мережу установ охорони здоров'я притягнено допомогу від медичної наукової думки та спілки МСТруд.

Мережа, що її має Всеукраїнський Інститут заочної медосвіти, є тепер така:

1) Заочний медінститут для шкільних лікпомів, в якому встановлено 3 літній термін навчання. Має 2.000 слухачів.

2) Заочний стоматологічний інститут — на 2.000 зублікарів.

3) Заочний фарм. інститут на 1.500 слухачів.

4) Різні типи навчальних закладів, що мають завданням підвищувати кваліфікацію та перекваліфіковувати середній медперсонал. Ці заклади загалом охоплюють близько 8.000 осіб.

Уже тепер працюють такі курси: для удосконалення середнього медперсоналу (6 і 8 міс.), для перекваліфікації на звання шкільного лікпома; курс для персоналу єдиного диспансера та інш.

Найближчим часом Інститут приєднує до сфери своєї діяльности також підготову нових медичних кадрів, утворюючи для цього заочний мед. інститут, заочні технікуми робітників єдиного диспансеру, акушерські тощо.

Водночас заочна освіта включає також у свою систему справу перекваліфікації та вдосконалення лікарів.

Щоб вступити в заочні навчальні заклади, що підготовлюватимуть нові кадри, потрібні такі самі умови, що існують і для вступу в стаціонарні медичні ВИШ'і (інститути та технікуми) — в розумінні загально освітньої підготови, клясового підбору учнів тощо. Особи, що закінчують заочні навчальні медзаклади та виконають учбовий плян, набувають прав професійної праці нарівні з особами, що скінчили нормальні (очні) ВИШ'і та технікуми.

Заочний Інститут медичної освіти міститься в приміщенні Наркомздоров'я України (Харків, Будинок Держпрому, 6 під'їзд).

За всіма довідками щодо умов прийому треба звертатись на зазначену адресу. У питаннях, що стосуються окремих навчальних закладів можна звертатися безпосередньо до відповідних ВИШ'ів:

а) Заочний медінститут — Ветеринарний майдан № 5, тел. 11-98 та 12-92.
б) Заочний стоматологічний інститут — вул. 1 травня, № 2.
в) Заочний фармацевтичний інститут - Горожанська вул. № 17.

7. Подяка винахідникам

Наркомздоров'я висловив подяку винахідникам т. т. Булгачу Р. А. та Школьникові А. П.

1. Лікар Р. А. Булгач винайшов апарат для промивання плевральної дуплини та вдування газу до неї. Проведені висліджування та спроби довели корисність цього винаходу для лікустанов, що провадять боротьбу з туберкульозою та плевритом.

Винахідник у листі до Наркомздоров'я написав, що вважає за обов'язок передати свій винахід Українській Радянській Соціялістичній Республіці в особі НКОЗ, щоб останній розповсюджував апарат для зміцнення боротьби з туберкульозою.

Винахідник висловив побажання, щоб економію від вживання його апарату (вартість його — щось із 40 крб. замість попередніх систем, що коштували понад 130 крб.) обернути на справу боротьби з туберкульозою, на посилення обороноспроможности радянської країни та інш.

Наркомздоров'я, прийнявши цей апарат, висловив т. Булгачу подяку та преміював його сумою в 500 крб.

2, Винахідник т. А. П. Школьник теж передав безплатно Наркомздоров'ю свій винахід — засіб витягування йодини з ватних і марлевих тампонів. Цей винахід дає змогу мати великі матеріяльні вигоди для медично-санітарних установ.

Нарком охорони здоров'я в своєму наказі відмітив значення винаходу й висловив т. Школьникові подяку від НКОЗ.

Винахідникові видано премію в 1000 крб.

8. Догана за порушення директив

За зрив плянового розподілу лікпомів випуску 1931 року та самовільне залишення в Зінов'ївському лікпомів з випуску місцевого медтехнікуму без нарядів та без згоди НКОЗ оголошено догану зав. секції охорони здоров'я т. Шасу.

9. Санаторно-курортний сектор у НКОЗ

У НКОЗ УСРР утворено санаторно-курортний сектор. Останній має завданням охопити своїм керівництвом усю санаторно-курортну мережу та будинки відпочинку на Україні, стимулювати розвиток мережі, а також поліпшувати стан існуючої мережі.

Сектор уже розпочав свою роботу й на цей час виявляє кількість і стан санаторій та будинків відпочинку, що є на Україні.

10. Заходи Наркомздоров'я до піднесення санстану підприємств народнього харчування

Не зважаючи на ряд директив і зауважень, що складав НКОЗ до всіх медустанов про посилення сандогляду їдалень та інших місць громадського харчування, на місцях сроблено занадто мало: Низку істотних наслідків та чималих огріхів відзначила Рада народніх комісарів на засіданні з 23 лютого, де РНК підкреслив неприпустимий санстан, в якому перебуває багато їдалень, кухонь тощо.

Вживаючи потрібних заходів лінією медустанов напрямком посилення згаданої галузі роботи, НКЗдоров'я запропонував місцям розпочати й провадити найенергійнішу боротьбу за поліпшення санітарного стану їдалень та всіх їхніх кімнат і приміщень та утримування їх згідно з вимогами санітарії, гігієни та встановленими узаконеннями.

НКОЗ зауважив місцям, що значна провина лежить на санітарних лікарях, які не віддають досить уваги, до того ж належної, справі оздоровлення народнього харчування й забезпечення робітникові-споживачеві здорової, добре виготовленої їжі.

Водночас НКОЗ запропонував негайно перевірити, як виконано по їдальнях вимоги сандогляду за попередніми актами й вжити репресивних заходів до тих господарників, що не виконують пропозицій за цими актами.

Про всі випадки затримування судових справ НКОЗ негайно після повідомлення про це передає справу до генерального прокурора. *)

11. Про українізацію апарату та роботи установ охорони здоров'я та самого НКОЗ

(Із наказу по НКОЗ з 8 березня 1931 р.).

§ 1. Для керівництва справою українізації та перевірки переведення культурно-освітньої роботи в галузі національно-культурного будівництва підлеглими НКОЗУ установами, як от: інститутами, лікарнями тощо, та місцевим райздоровінспектурам: поліклініками, лікарнями, медпунктами тощо, — утворити при НКОЗ УСРР комісію українізації в такому складі: голова комісії — т. Приходько, члени комісії — т. т. Сиротенко, Ґенкін, Санжур, Залкінд, Поверений, Спаський, Рапопорт, відповідальний секретар комісії — т. Віленко.

§ 2. Покласти на зазначену комісію: загальне керівництво справою українізації, контролю виконання місцевими організаціями, медико-санітарними установами та науковими й науково-дослідними установами, що підлеглі НКОЗ, переведення в життя постанов Уряду та чинного законодавства УСРР в справі українізації, перевірка того як опанували укрмову співробітники установ, підлеглих НКОЗ в центрі та місцевим райздоровінспектурам на периферії; розгляд апеляцій звільнених співробітників за незнання укрмови в підлеглих НКОЗ установах.

§ 3. Здійснюючи практичне керівництво периферією в справі українізації, комісія українізації при НКОЗ повинна вимагати потрібні відомості щодо цього з місць.

§ 4. Постанови комісії українізації при НКОЗУ та розпорядження її є остаточні й оскарженню не підлягають.

IV. Здоровохорона на місцях

Про роботу пересувних медпунктів у Лозівському районі.

Колишній Харківський окрздоров утворив і відрядів в Лозівський район два рухомі медпункти. Вони потрапили в район саме до початку жнив 1930 р. За пляном, що затвердив сільгоспштаб, загони було придано машиново-тракторним колоннам, що працювали в межах 6 сільрад.

Перший медпункт розташувався в селянській хаті, що має дві кімнати, причому в одній кімнаті провадиться прийом хворих та дітей, а другу кімнату дали під зубкабінет. Роботу свою медпункт запроваажував так, що з 5 до 8 год. ранку приймали дорослих хворих, а потім лікар виїжджав у поле надавати меддопомогу на місці; друга частина прийому припадала на вечір (з 6—8 год.) Дитконсультація приймала з 8 год. ранку до 1 год. дня. Зубкабінет працював з 8 год. до 12, а з 12 год. в яслах, провадячи санацію серед дітей.

Другий медпункт розміщено було в двох кімнатах одного з будинків ветлікарні. Розподіл робочого дня був такий самий, як і в першого. Треба зауважити, що зазначених годин не фіксували точно й медперсонал, залишаючи одного чергового на пункті, провадив роботу в полі, в яслах околишніх залюднених пунктів.

Кожний медпункт мав такий персонал: 1 лікаря, хірурга—або терапевта, 1 лікаря ОМД, 1 зублікаря та 1 лікпома або акушерку. Колгоспники від себе виділили санітарок.

При нагоді медпункти виїжджали в поле повним складом, розташовувалися в шатрах і вели роботу. За ввесь час роботи з 15 липня по 1 жовтня обидва медпункти виїжджали в поле 11 разів. Досвід довів, що особливу рацію мають виїзди в поле підчас косовиці коли головна маса робочих перебуває в русі, щож до часу обмолоту, коли, робота йде в майже постійних місцях недалеко бази М. Т. колони, виїзди не були доцільні; тут краще було провадити чергування медперсоналу. Так ми й робили.

*) Ряд лікарів-фахівців НКОЗ відрядив до Донбасу, щоб підсилити роботу щодо поліпшення справи гром. харчування

Робота переважно полягала в першій допомозі за травматизму та раптових захворувань, прийманні звичайних хворих (від цього ніяк неможна було відмовитись, бо медпункти надто віддалені від постійних лікустанов—не менше. як на 8 верст).
Нижченаведенні цифри висвітлюють роботу медпунктів:

Випадків травм	Прийнято хворих дорослих	Теж дітей	Зубхворих.	Разом	Відвідано вдома хворих	Виїздів у поле	Лекцій та бесід.
981	1643	1247	1243	5114	306	11	78

Обліку травматизму детально розробленими картками не робили.

Треба підкреслити, що медперсонал провадив водночас і громадсько-політичну роботу, беручи участь та виступаючи на зборах, засіданнях сільрад та колгоспів, в ясельно-оздоровних комісіях тощо; брав участь у виданні стінгазет по сельбудах. Медробітники провадили пояснювальну роботу підчас випуску позики „5-річка за 4 роки", щодо громадського харчування.

На звіти медпунктів сільради й колгоспи відповіли подякою медперсоналові. Робота медпункті зворушила місцеву самодіяльність: на кошти самооподаткування вирішено збудувати 2 амбуляторії в селах, де працювали медпункти.

(Матеріяли подав тов. *Розуміїв.*)

Од редакції. Подаючи тут матеріял про роботу пересувних медпунктів у Лозівському районі, редакція запрошує місцевих медробітників та своїх інформаторів подавати до бюлетеня свої дописи про роботу медперсонала підчас весняної сільсько-господарчої виробничої кампанії цього року. Звичайно, найпридатнішим буде той матеріял, що, висвітлюючи досвід місць, може правити за приклад для інших районів та медсанустанов.

V. Об'яви та оголошення

1. Відкритий лист

1-го Державного науково-дослідчого інституту охматдит ім. Крупської у м. Харкові

До робітників установ охорони материнства, дитинства та підлітків. До т. т. райздоровінспекторів

Шановні товариші!

У зв'язку із завданням, що накреслені останніми постановами XVI партз'їзду ЦК ВКП(б) на доповіді НКЗдорова та низки радянських організацій, а також з переходом на двоступневу систему управління, Наркомздоров'я пропонував науковим Інститутам надавати всебічну, систематичну, науково-методичну допомогу так робітникам периферичної мережі, як і інспекторам охорони Здоров'я. Щоб здійснити це, перший Державний Інститут Охматдиту в Харкові, реорганізує роботу свого науково-консультаційного Бюра, наближуючи всю роботу Інституту до практичної мережі установ охматдиту. Накреслено за пляном такі форми систематичної допомоги та зв'язку з периферією: а) відповіді на індивідуальні запитання практичних робітників охматдиту та райінспекторив в усіх питаннях охорони здоров'я матери, дитини, підлітка, б) друкування та надсилка методичний листів та списків рекомендованої літератури, в) скликання районових конференцій з окремих питань лікарсько-профілактичної роботи, г) консультація товаришам, що приїжджають до Інституту, д) організація в районі базових установ на периферії за пляном сектору науки НКОЗ, е) розгортання активної участи робітників практичної периферійної мережі навколо журналу „Охматдит та ОЗДП", ж) скликання конференцій обласного значення з окремих питань охматдиту за пляном групи Охматдит НКОЗ.

Через ці форми Інститут подає консультацію в питаннях: а) організації та обладнування установ молодшого дитинства (консультація в умовах диспансеру, ясел всіх типів, установ оборони материнства), б) дає методичні поради в питаннях но-

становки медико-профілактичної та педолого-педагогічної роботи ясел, консультацій, оздоровчих заходів молодшого дитинства, в) в галузі дитячої патології дає вказівки і сповіщає про останні наукові дані щодо лікувальної допомоги хорим дітям, висвітлюючи відповідну літературу.

У зв'язку з розгортанням політехнізації школи Інститут Охматдит розробляє показники й протипоказники політехнічної праці дітей та підлітків, форми всебічного обслідування дітей та підлітків, методи роботи кабінетів диспансеру ОЗДП в галузі обслуговування політехнізованої школи (Бюро профдобору та профорієнтації, кабінети психотехнічний, психоневрологічний, педологічний та гігієнічний) розробляє методику всебічного обслідування та вивчення старшого дитинства, підлітків, комсомольської та піонерської його частки (Медико-Педологічний Кабінет Юних Піонерів розробляє форми роботи лікаря ОЗДП в сучасний момент).

Ця наукова консультація має на меті піднести якість медико-профілактичної допомоги на місцях, раціоналізувати роботу, поставивши її на засадах останніх наукових даних, створити науковий контроль над формами і методами роботи практичної мережі в умовах реконструкції всього господарства. Разом із тим Інститут ставить собі завданням вивчати досвід роботи практичної периферії, створити навколо Інституту актив з практичних робітників Охматдиту, втягуючи їх до наукової роботи, для освітлення матеріялу практичної мережі під поглядом перевірки завдань вищих органів, а також поставити наукову роботу самого Інституту під контроль практичного робітника та пролетарського суспільства.

Всі запитання і побажання подавати на адресу: м. Харків, Пушкінська, 57, 1 Укр. Державний Інститут Охматдит.

м. Харків 10 березня 1931 р. Директор інституту **К. Меркулова**

2. Щоб порушити питання про централізоване постачання санаторій, НКОЗ потрібує відомостей

У зв'язку з тим, що санаторно-курортний сектор НКОЗ передбачає порушити питання перед відповідними організаціями про централізоване постачання всіх санаторій та будинків відпочинку що перебувають у віданні райздоровінспекторів, згаданий сектор НКОЗ чекає на негайні відповіді на лист від 2 лютого 1931 р. за № 0/12 та, крім того, на повідомлення про кількість м'якого реманенту та мед. апаратури, що потрібують санаторії та будинки відпочинку, які є в районі.

Неподання відомостей позбавить НКОЗ можливости включити установи району в централізоване постачання.

(Лист Кер. сан. кур. сект. НКОЗ т. Кушніра з 20 лютого 1931 р.)

3. Психічних хворих треба відряджувати з відповідними документами

Інститути психіятрії та психлікарні повідомляють, що лікустанови та інші органи охорони здоров'я неодноразово напрямлюють психхворих без будь яких документів.

Отже зауважується, що надалі треба пильно додержуватися того порядку, щоб, напрямлюючи психхворого до лікарні, обов'язково додавано було потрібні супровідні документи.

4. Всесоюзна конференція в справах освітлення

20—24 квітня 1931 р. у м. Харкові відбудеться 3 всесоюзна конференція по освітленню, що її скликає Український Енерґетичний комітет спільно з Всесоюзною асоціяцею — ляборатірією техніки освітлення

З огляду на те, програма конференції включає наукові питання в галузі освітлення різних підприємств, дуже бажано, щоб у цій конференції брали участь промсанлікарі великих підприємств.

Зі всіма питаннями в справі конференції належить звертатися до оргкомітету (при Українському Енерґетичному комітеті) по скликанню конференції (м. Харків, Сумська, № 18/20, кімн. 31).

Програму конференції оголошено в журналах „Енерґетика“ № 4—5 за 1931 р та „Энергетический вестник“ № 6 за 1931 р. РСФРР.

5. Розподіл курсів Дніпропетровського Інституту удосконалення лікарів

на 1931 навч. рік

Курси підвищення кваліфікації	Тривалість	Заняття починаються
Дільничних лікарів . .	4 міс.	1 Квітня 1931 р.
Сан-харчових лікарів .	3 „	15 Березня „
Лікарів терапевтів . . .	3 „	1 Травня „
Лікарів епідеміольог. .	3 „	1 Квітня „

Увага: Термін початку курсів орієнтовний; у всіх питаннях треба звертатися безпосередньо до Інституту удосконалення лікарів.

Адреса: м. Дніпропетровське, Ворошилівська вул. № 12.

6. Конкурси

1. Сталінський медінститут оголошує конкурс на заміщення нижчезазначених вакантних посад.

1) Біологія—зав. катедри та 2 асистенти.
2) Нормальна анатомія—1 асистент.
3) Фізика—1 асистент.
4) Хемія органічна—1 професор—зав. катедри та 2 асистенти.
5) Хемія аналітична—2 асистенти.
6) Фізіологія—2 асистенти.
7) Біохемія—зав. катедри та 2 асистенти.
8) Мікробіологія—зав. катедри та 2 асистенти.

Заяви з відповідними документами (життєпис), посвідчення про минулу роботу, рекомендації, наукові праці та інш. подавати на адресу: м. Сталіне-Донбас, 1—а, № 57 Сталін. Медінституту.

Термін подачі заяв до 1 липня 1931 року.

2. Одеський державний дермато-венерологічний інститут імени Главче в м. Одесі оголошує конкурс на посаду асистента відділу жіночої гонореї.

Вимоги: 5-річний стаж у галузі клініки жіночої гонореї; педагогічний і науковий досвід.

Заяви з доданням життєпису, копії трудового списку, списку наукових праць рекомендації наукових, професійних та громадських організацій подавати на адресу директора інституту імени Главче в м. Одесі, вул. Мерінга, 79.

Термін подачі заяв до 15 квітня 1931 року.

III. Українське курортове Управління оголошує конкурс на заміщення лікарських посад по лікустановах українських курортів в Одесі, Слов'янському, Бердянському, Миргороді, Голій-Пристані, Кирилівці, Соснівці, Гадячі та Пущі Водиці.

Сезон триває з 15 травня до 30 вересня.

Заміщується такі посади: а) заввідділів санаторій-ставка 250 карб. на міс.; консультантів поліклініки на ставку 150-400 карб. на м-ць (залежно від годин роботи); в) ординаторів до санаторій, поліклінік та бальнеофізіо-терапевтичних установ—160 карб, на міс.

Увага: Заввідділів санаторій за працю в поліклініці та консультанти за ведення хворих по санаторіях, яко зав. відділів, отримують додаткову плату, що відповідає їхній додатковій нагрузці.

Усім запрошуваним на сезонну роботу лікарям надається безплатно кімната (мебльована) на 1-2 особи та харчування в санаторіях або курортових їдальнях за розцінкою, що її встановлено для курслужбовців.

До заяви треба додати життєпис, довідки про роботу, згоду установи що в ній працює даний робітник, на тимчасову роботу його на курорті. У заяві треба зазначити спеціяльність, стаж загальний (лікарський) та спеціяльний з бальнео-фізіотерапії; зазначити про наукові праці, в разі такі є.

Потрібні лікарі таких фахів: терапевти, невропаталоги, гінекологи, хірурги, фізіотерапевти, педіятри, фтизіятри, фізкультурники, ляборанти.

Лікарі, що їх апробувала конкурсова комісія, що одержали про це відповідне оповіщення, в разі неможливости прибути своєчасно на курорт або неможливости прибути взагалі, повинні повідомити про це телеграфно УКУ.

Оголошується водночас про прийом заяв на заміщення посад середнього медперсоналу для санаторій та бальнео-фізіо-терапевтичних установ, що в усіх зазначених курортах, (за винятком Одеси).

Потрібні сестри санітарні, фізіятрички, масажистки. Термін роботи з 15 травня до 30 вересня. Умови роботи: 60-70 карб. на місяць, безплатне приміщення й харчування за разцінкою, що її встановлено для курортових службовців.

IV. Київський Фармацевтичний Інститут оголошує конкурс на такі вільні вакансії:

1. Професора або доцента вищої математики.
2. Професора фізики.
3. Професора неорганічної хемії.
4. Асистента катедри неорганічної хемії.
5. Професора або доцента зоології.
6. Асистента катедри зоології.
7. Доцента мінералогії, геології та кристальографії.

Осіб, що бажають взяти участь у конкурсі,—просят подати до директора фармацевтичного інституту (м. Київ, вул. Гершуні № 65) заяву, повну біографію, та наукові праці.

Знати укрмову для кандидатів—обов'язково. Останній термін подачі заяв—5 квітня 1931 року.

7. Привітання Наркомздоров'ю.

А. Від першого Всеукраїнського З'їзду рентгено та радіологів.

Перший Всеукраїнський з'їзд рентгенологів та радіологів вітає Наркомздоров'я УСРР й запевнює, що рентгенологи та радіологи УСРР, враховуючи основні завдання здоровоохорони в добу соціялістичного наступу, на своїй ділянці роботи провадять і провадитимуть ще з більшою енергією та ентузіязмом свою наукову та практичну роботу під поглядом реалізації „П'ятирічки в 4 роки", будуючи й провадячи свою наукову роботу на онові марксистсько-ленінської філософії діялектичного матеріялізму.

Безперечне значне зростання рентгенівських установ республіки одначе не забезпечує достатньою рентгено-радіологічною допомогою робітничої кляси й колективізованого селянства. Прикладаючи всіх зусиль до максимальної раціоналізації радянської роботи, повністю використовуючи існуюче встаткування, пристосовуючи методи соцзмагання та ударництва в своїй роботі, з'їзд просить Вас звернути увагу на недостатне постачання апаратури, інструментарія, плівок, хемікалій та авторитетним втручанням допомогти великій мережі рентгенівських установ виконувати свою роботу, як цього вимагає наша доба, робітнича кляса, Наркомздоров'я.

Перший Всеукраїнський Рентгено-радіологічний З'їзд.

2 лютого 1931 р. Харків.

Б. Від Риківського РЗІ (рапорт)

Виконуючи постанову ЦК ВКП про медобслуговування робітників та колективізованих мас селянства, мобілізуючи медробітників району, щоб поруч з робітничою клясою боротись за вугілля, метал, за виконання плянів третього вирішального року п'ятирічки, розгортаючи громадськість в органах охорони здоров'я, переводячи медично-профілактичне обслуговування в ногу з індустріяльними темпами, Риківська інспектура охорони здоров'я 4-го лютого ц. р відкрила на копальні „Червоний Профінтерн" підземний медпункт на горизонті 170; 6-го лютого відкрито півторамісячні курси на 35 чол. колгоспниць- завідательок ясел: 7-го лютого відкрито на копальні „Карл Маркс" підземний медпункт на горизонті 170. Останнім часом, починаючи з кінця грудня 1930 р. відкрито дієтдиспансер на 100 чол., медпункти на хемзаводі, Коксобуді та Державному металюргійному заводі.

Інспектор охорони здоров'я Решетніков

За голову райкому спілки медсантруд—Тищенко.

7-а. Лікпом—ударник.

Санлікпом Ружинського району тов. Крупник Левко Борисович оголосив себе ударником у боротьбі з епідеміями.

Подані документи й відомості доводять, що тов Крупник уже протягом майже 12 років працює в районі, причому останні 6—7 років бере активну участь у боротьбі з епідеміями та попередженні епідемічних захорувань.

Вітаємо цей гарний почин і вважаємо, що т. Крупник знайде серед медсанробітників багато наслідувачів. Редакція.

8. Про тих, що свавільно кинули свою роботу

Нижчезазначених дезертирів медробітників НКОЗ пропонує не брати на роботу, а про їхнє місцеперебування подати відомості до Наркомздоров'я.

№№	Прізвище та фах	Де працював	Посада	Примітка
1	Рабіновіч Шіфра Михайловна (фармацевт)	МСУ Катерин.	Фармацевт аптеки	
2	Краснер Б. Н. (фармацевт)	" "	"	
3	Мельман Ейдель (фармацевт)	" "	"	
4	Розенталь (зублік.)	МСУ Півден.	Зублік. пол-ки ст. Ліман	
5	Кичко Е. П. лікп м)	Сталіно	Лікпом на копальні	
6	Буртковський (лікар)	Н. Українськ. р-н	Лікар шкір. вен. хороб п-ки	
7	Дмитрієва (сестра)	Н. Українськ. р-н	Сестра п-ки	
8	Блінова (вихователька)	Слов'янсь. р.	Вихователька ясел	
9	Соколовська М. І. (акушер.)	Липецьк. р-н	Акушерка с. Р. Лозова	
10	Лаптева О. (лік. ОХМ)	Солонянський р-н	Лікар дит. консультації	
11	Левін Лев Йосиповіч (лікар ОХМ)	Кабанськ. р-н	Лікар Кременськ. консуль.	
12	Докашенко Віра (лікпом)	м. Сталіно	Лікпом Буден. поліклін.	
13	Поклонська Анна (лікпом)	" "	Лікпом Буден. поліклін.	
14	Галустова Тамара (лікпом)	Гришинськ. р.	Лікпом Святогорів. амбул.	
15	Мандельгрін Е. М (зублік.)	Золочевськ. р-н	Зублік. амб. с. Лютівка	
16	Кушнаренко Інна Семеновна (акушерка)	Володарськ. р. (на Маріюпільщині)	Акуш. М. Янісоньськ. л-ні	
17	Пластік Людмила Абрамовна (сестра)	Макіївка	Сестра Катер. л-ні	
18	Маліцький В. Л. (судмед. лікар)	Вінниця	Судмедлікар	
19	Морозова Олена Павлівна (фармацевт)	Зміївськ. р-н	Асист. аптеки	
20	Куліков Василь Ларіонович (лікар)	Грунськ. р.	Зав. мед. амб.	
21	Міровський Іван Харітонов, (лікар)	Близнецівськ. р-н	Санлікар	
22	Корева М. С. (лікпом)	Цюрупинськ. р-н	Лікпом радгос. „Перемога революції"	
23	Хоруженко Олександра Петр. (лікпом)	Баштанськ. р.	Лікпом Баштан. райлік.	

8-а. Виключається із списку дезертирів

1. Лікар Березовська Р. М., що повернулася на роботу в Бабанському районі.
2. Лікпом Строцева Марія Степанівна, що, як це виявлено, залишила роботу, мають згоду Райздоровінспектора.
3. Лікарка Робіновіч С. А., що подала довідку, в якій зазначено згоду Пулінського РВК'у.
4. Лікарка Гольдберг Клара Абрамівна, що повернулася до місця роботи (В. Токмацький район).

9. Украдено диплом

Наркомздоров'я оголошує, що у лікаря Подавайленко Василя Михайловича вкрадено диплом на його ім'я про закінчення Харківського Медінституту з 29-XII 1924 року № 1654.

Цей диплом вважати за недійсний.

10. Лікар-самозванець

Гр-н Бродський Михайло Григорович, який працював на посадах санітарного лікаря (остання посада — м. Алчевське — Донбас) та зазначав в анкетах, що він ніби-то закінчив Юр'ївський університет 1913 року, не є лікар. Отже, пропонується всім органам охорони здоров'я не приймати його на роботу. Гр-на Бродського притягнуто до відповідальности.

11. Про місце перебування гр. гр. Шіян А. Р. та Горбач А. Н.

Ці лікарі працювали колись у Зіньківському районі.

Наркомздоров'я просить установи та осіб повідомити про адреси згаданих лікарів.

VI. Огляд радянського законодавства.

(*Грудень 1930 р.—Січень 1931 р.*)

I. Радянське будівництво.

а) За постановою ВУЦВК та РНК УСРР з 3 лютого п. р. „Про реорганізацію районів УСРР" (Вісті № 29) **розформовано 119 районів.** Керівництво роботою щодо розформування районів покладено на урядову комісію в справі ліквідації округ, а переведення потрібних заходів на місцях покладено на відповідні РВК.

б) За постановою ВУЦВК з 15 січня (Вісті № 22) **затверджено нову організаційну побудову сільрад.** За цим законом в селах, де людність перевищує 1500 чол., обирається президію сільрад, в інших селах обирається лише голову й секретаря. По всіх сільрадах утворюється 5 секцій, а у великих сільрадах, за постановою РВК можна утворювати додатково ще 2 секції. У кожній сільраді обов'язково утворюється культурно-соціяльна секція, що відає також справу охорони здоров'я.

в) За постановою ВУЦВК з 25 січня 1931 р. (Вісті № 24) **затверджено склад райвиконкомів та їхніх президій.** Райвиконкоми обирають у склад 25 членів та 7 кандидатів для районів I категорії; 35 членів та 9 кандидатів у районах II категорії та 41 члена та 11 кандидатів у районах III категорії. Кількість членів президії встановлено від 7 до 11 по різних категоріях районів.

г) За постановою ВУЦВК з 25 січня 1931 р. (Вісті № 24) **Криворізьку міськраду підпорядковано безпосередньо центрові.**

д) За постановою ВУЦВК та РНК УСРР з 28 грудня 1930 р. (З.З. № 30, арт. 271) **ліквідовано Наркомвнутсправ УСРР.** У зв'язку з цим утворено головну управу комунального господарства при РНК. та головну управу міліції та розшуку при РНК. Функції НКВС у справах радбудівництва, керівництва ЗАГС'ом, справу чужоземців, культу, товариств, що не мають на меті добувати зиску та облік позбавленців, передано секторові радбудівництва ВУЦВК. Місця ув'язнення передано у відання НКЮ, а керівництво трудгужвідбутком—НКПраці.

II. Фінанси.

а) За постановою ЦВК та РНК СРСР з 23 грудня 1930 р. („Изв.“ № 354) та ВУЦВК та РНК УСРР з 31 грудня 1930 р. (З.З. № 30, арт. 273) **змінено ознаки куркульських господарств, що їх оподатковують в індивідуальному порядкові**. Так, наприклад, наявність у господарстві млина, олійні, круподерки тощо, якщо вживається механічний двигун, сила вітра або води, а також кінного приводу править тепер за ознаку куркульського господарства незалежно від розміру прибутку. Так само члени господарств, що торгують або мають інші нетрудові прибутки (у тому числі, як служники культу), оподатковуються в індивідуальному порядкові. РВК та міськрадам запропоновано перевірити оподаткування куркульських господарств та не пізніше 15 січня 1931 р. закінчити стягання з них податку.

г) За постановою ЦВК та РНК СРСР з 9 січня 1931 р. („Изв.“ № 10) та РНК УСРР з 15 січня 1931 р. (Вісті № 14) **введено одноразовий збір на господарське та культурне будівництво в сільських районах**. Збір стягають у певному відсоткові до розміру сільгосподатку (пересічно 100% для куркульських господарств і 65% для середняцьких); збір треба закінчити до 15 березня 1931 р.

в) **Аналогічний збір встановлено** за постановою ЦВК та РНК СРСР з 15 січня 1931 р. (Изв. № 14) **і в містах**. Розмір його встановить певний відсоток до прибуткового податку.

г) **Значні зміни внесено да кредитової реформи** за постановою РНК СРСР з 14 січня 1931 р. (Изв. № 15). Головна з них полягає в тому, що з 1 квітня 1931 р. банк сплачує гроші лише за рахунками, що акцептовані покупцем.

III. Праця

а) Постановою ЦВК та РНК СРСР з 15 грудня 1930 р. (З. З. СРСР № 60, арт. 641) **встановлено новий порядок найму та розподілу робітничої сили**. Весь розподіл провадиться в пляновому порядкові через управління кадрів. Труддоговори можна складати на реченець 3 роки (раніш 1 рік). НКПраці надано право переводити робітників, що працюють не за фахом. Передбачено за затвердженням Р.П.О., перерозподіл фахівців між різними галузями промисловости. Передбачено пільги для ударників, а також для тих, що давно працюють в одному підприємстві. Забороняється відряджувати на роботу до промисловости та транспорту протягом 6 міс. злісних дезорганізаторів виробництва, що свавільно залишили роботу. Керівники підприємств, що порушують правила цієї постанови, зокрема, що переманюють робітників з одної установи до іншої, відповідають в адмінпорядкові:

б) На розвиток попередньої постанови НКП СРСР видав 23 грудня 1930 р. № 374 (Изв. НКТ СССР № 1 за 1931 р.) постанову **про порядок реєстрації та посилки на роботу**. За цією постановою значно поширено кола осіб, що підлягають перереєстрації в управліннях кадрів. Можна сказати, що такій перереєстрації підлягають всі особи, що не позбавлені виборчих прав. Реєстрація не надає ніяких пільг, але ж протягом 3 днів управління кадрів зобов'язаний надіслати зареєстрованого на роботу. Ніхто не може відмовитися від роботи, навіть і не за фахом і в іншій місцевості крім хворих, та коли не надається кватиря при роботі поза містом постійного мешкання, а також жінок, що їх напрямовують у міста, де мешкає їхній чоловік, За відмову від работи знімають з обліку й таких осіб протягом 6 місяців використовують лише на масових фізичних роботах.

в) За постановою РНК СРСР з 23 грудня 1930 р. № 375 (Изв. НКТ СССР № 1, 1931 г. осіб, **позбавлених виборчих прав** та звільнених за 1 категорією. **приймають** в управління кадрів **на окремий облік** і напрямовують лише на масові роботи фізрчної праці.

г) Постанова НКП СРСР (Изв. НКТ СССР № 1-31) встановлює таке **вважати за злісних дезорганізаторів виробництва** треба зокрема осіб, що свавільно залишили роботу не попередивши адміністрацію або залишали роботу більш одного разу протягом 12 міс., без згоди адміністрації, а також звільнених за порушення труддисципліни та інш.

д) За постановою НКП СРСР з 14 грудня 1931 р. № 365 (Труд № 348) **змінено правило про відпустки** в тому розумінні, що особи, яких звільнено за власним бажанням після використання відпустки, повинні повернути невідроблені дні віпцустки.

е) За постановою ЦВК та НКРСІ (Изв. НКТ 1931 р. № 1) **заборонено приєднувати невикористані вихідні дні до відпустки та брати відпустки без зберігання заробітку**.

VII. Рух інфекційних захворувань по містах УСРР, що безпосе

НАЗВА МІСТ	Тиф—Typhus					Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлатина Scarlatina
	Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status typhosus				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Київ	272	19	11	—	—	32	—	54	486
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	—	—	—	3	—	24	8
2. Одеса	196	7	—	9	—	160	—	31	395
Крім того, місця, що приєдн. до міста	1	—	—	—	—	—	—	1	9
3. Харків	425	23	—	—	29	163	—	96	620
Крім того, місця, що приєдн. до міста	25	—	—	—	—	86	—	9	114
4. Дніпропетровське	200	—	—	—	—	78	—	19	77
Крім того, місця, що приєдн. до міста	62	—	—	—	—	23	—	7	37
5. Сталіне	276	10	—	—	12	58	—	22	147
Крім того, місця, що приєдн. до міста	249	3	—	—	23	211	—	78	155
6. Миколаїв	40	—	—	—	—	29	—	15	211
Крім того, місця, що приєдн. до міста	7	1	—	—	—	53	—	3	25
7. Полтава	35	—	1	—	1	28	—	38	91
Крім того, місця, що приєдн. до міста	16	—	4	—	—	31	—	41	81
8. Луганське	29	1	—	—	5	62	—	43	187
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	—	—	—	5	—	—	12
9. Дмитрівськ	126	26	—	—	68	793	—	125	485
Крім того, місця, що приєдн. до міста	22	3	—	—	15	99	—	9	68
10. Житомір	12	—	—	—	—	—	—	4	104
Крім того, місця, що приєдн. до міста	2	—	—	—	—	—	—	—	24
11. Херсон	20	15	—	—	41	329	—	57	95
Крім того, місця, що приєдн. до міста	5	—	—	—	4	45	—	9	16
12. Зінов'ївське	62	4	—	—	1	4	—	35	279
Крім того, місця, що приєдн. до міста	5	—	—	—	—	—	—	3	13
13. Запоріжжя	34	—	2	—	—	136	—	20	149
Крім того, місця, що приєдн. до міста	78	33	—	—	—	46	—	16	56
14. Бердичів	8	—	—	—	—	6	—	92	89
Крім того, місця, що приєдн. до міста	5	—	1	—	—	1	—	17	78
15. Вінниця	23	1	—	—	—	—	—	28	74
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	—	—	—	—	—	63	6
16. Кремінчуг	38	2	5	—	—	61	—	55	82
Крім того, місця, що приєдн. до міста	8	—	1	1	—	63	—	111	18
17. Маріюпіль	72	—	—	—	—	74	—	53	101
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Суми	4	—	—	—	—	3	—	4	59
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	1	—	—	19	—	11	64
Разом:									
По містах	1872	108	19	9	157	2016	—	791	3731
Крім того по місцях, що приєдн. до міста	485	40	7	1	42	685	—	402	784
Всього за вересень 1930 р. . . .	2357	148	26	10	199	2701	—	1193	4515
" " серпень 1930 р. . . .	1413	99	40	—	161	3254	—	1507	3098

реднью підпорядковані ВУЦВК'ові за вересень 1930 року.

Кашлюк Pertussis	Ошкад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. поп. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Білий Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tuberculosis ceter. organ	Сифіліс—Syphilis: Всього	В тому чис.: Сифіліс I Syphilis I	В тому чис.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
21	154	8521	43	—	—	—	—	—	—	602	293	100	14	26	34	115	—	20	51
7	4	164	1	—	—	—	—	—	—	6	1	2	1	1	—	—	—	1	10
23	35	1317	1	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	4	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	4
58	189	1300	11	—	1	—	—	—	—	133	61	161	11	40	16	212	—	5	210
32	6	1504	10	—	—	—	—	—	—	125	4	15	6	1	—	13	—	4	51
59	23	3083	49	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	1	1	—	2	10
14	—	454	63	—	—	—	—	—	—	20	1	5	2	3	1	12	—	13	20
17	14	1932	117	—	—	—	—	—	—	69	10	15	5	—	6	32	—	66	2
117	15	2389	71	—	—	—	—	—	—	159	20	26	3	1	—	30	—	23	41
14	69	417	—	—	—	—	2	—	—	4	18	37	7	6	25	95	—	14	23
17	5	91	3	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—	—	1	1	13	36
1	24	287	2	—	1	—	—	—	—	73	53	8	—	1	1	35	—	—	12
—	10	272	6	—	1	—	—	—	1	97	47	6	—	1	—	7	—	16	36
47	12	2138	12	—	—	—	—	—	—	94	30	5	1	4	—	—	4	10	43
4	—	58	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	7
56	135	5542	3	—	5	—	1	—	—	301	92	—	—	—	—	—	—	29	16
9	7	386	2	—	—	—	1	—	—	18	7	18	7	11	1	13	—	14	25
6	10	418	27	—	—	—	—	—	—	45	21	3	2	1	2	20	—	5	26
—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	38	13	1	—	1	—	6	—	16	—
30	12	447	5	—	—	—	1	—	—	169	95	45	9	5	10	69	—	65	7
5	1	59	—	—	—	—	—	—	—	9	1	—	—	—	—	1	—	1	10
23	14	85	8	—	1	—	2	—	—	65	18	67	—	—	—	—	—	11	4
1	—	20	—	—	—	—	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
97	4	977	—	—	—	—	—	—	—	106	18	20	5	1	2	57	—	83	7
1	6	112	2	—	—	—	—	—	—	49	5	15	—	2	—	6	—	36	4
11	9	1507	—	—	1	—	7	—	—	51	39	12	—	2	1	40	—	5	18
46	9	212	—	—	1	—	6	—	1	67	18	25	1	6	—	9	—	5	36
8	6	209	—	—	—	—	1	—		10	19	15	2	4	2	37	—	—	20
13	3	80	—	—	—	—	—	—	—	6	5	9	1	2	—	9	—	—	12
2	11	23	—	—	—	—	—	—	—	32	20	27	2	3	—	29	—	1	9
12	15	63	4	2	1	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	2	—	—	8
55	20	1763	15	—	—	—	—	—	—	156	72	26	4	8	3	57	—	38	18
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	6	182	1	—	—	—	—	—	—	83	—	18	12	6	—	38	—	16	3
13	1	63	8	—	—	—	—	—	—	29	5	—	—	—	—	2	—	3	15
546	747	30148	294	—	12	—	15	—	1	1998	860	559	74	107	103	837	4	370	479
291	85	5931	175	2	3	—	9	—	2	639	130	124	21	29	2	112	1	145	315
827	**832**	**36079**	**469**	**2**	**15**	**—**	**24**	**—**	**3**	**2637**	**990**	**683**	**95**	**136**	**105**	**949**	**5**	**515**	**794**
925	**488**	**8707**	**324**	**—**	**14**	**1**	**35**	**2**	**18**	**2454**	**599**	**546**	**67**	**82**	**151**	**968**	**—**	**446**	**431**

Інфекційні захворювання по районах УСРР за вересень м-ць 1930 року

Райони	Тифи—Typhus: Черевний Abdominalis	Тифи—Typhus: Паратиф Paratyphus	Тифи—Typhus: Висипний Exanthematicus	Тифи—Typhus: Поворотний Recurrens	Тифи—Typhus: Нез'ясов. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натур. Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphteria et cruop	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lathargica
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Полісся	177	19	4	3	16	575	3	953	810	613	275	6072	444	—
Правобережжя	618	49	20	1	76	563	1	3017	3356	2008	844	10280	1141	6
Лівобережжя	524	25	27	—	80	2432	5	1885	3014	1435	494	12796	861	1
Степ	665	94	7	—	149	4213	—	1056	2490	961	314	7221	334	7
Дніпрянськ. промисл.	282	24	2	—	166	2008	—	465	1104	548	138	4208	174	1
Гірнічний	1165	60	5	—	171	2020	—	628	1343	670	163	13379	834	2
Всього по районах	3431	271	65	4	658	11811	9	8004	12117	6235	2228	53956	3788	17
Залізниці: 1. Південні	46	1	—	—	—	234	—	88	160	65	30	5312	5	—
Залізниці: 2. Донецькі	27	1	—	—	—	197	—	57	124	18	6	3444	7	—
Залізниці: 3. Південно-Західні	43	5	1	—	2	85	—	114	258	64	54	5363	8	—
Залізниці: 4. Катеринінськ.	53	5	—	—	—	309	—	87	234	54	27	3675	13	1
Всього по транспорту	169	12	1	—	2	825	—	346	776	201	117	17794	33	1
Всього по УСРР за вересень 1930 р.	3600	283	66	4	660	12636	9	8350	12893	6436	2345	71750	3821	18
Всього по УСРР за серпень	3405	357	86	19	593	17366	8	10995	11472	8419	1772	50254	3838	20
Всього по УСРР за вересень 1929 р.	12332	67	91	9	1448	23198	1	4441	11257	9691	2502	62322	5296	19

Інфекційні захворування (продовження).

РАЙОНИ	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Тедій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інших органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В т. ч. Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Коросте Scabies
a	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Полісся	9	—	10	—	2	1287	303	155	27	70	2	185	8	215	1391
Правобережжя	23	—	62	3	21	2077	483	611	43	134	22	524	18	432	2005
Лівобережжя	6	—	33	2	19	1705	381	354	62	115	11	337	10	960	2704
Степ	17	2	29	2	15	1334	193	382	33	133	12	364	12	788	1697
Дніпрянський пром.	4	—	14	2	9	465	53	106	32	45	17	207	3	404	630
Гірнічий	—	1	9	3	—	740	162	190	47	55	30	388	9	420	835
Всього по районах	59	3	157	12	66	7608	1575	1798	244	552	94	2005	60	3219	9262
Залізниці: 1. Південні	—	—	—	—	—	286	57	17	1	1	9	51	—	35	110
Залізниці: 2. Донецькі	—	—	1	—	—	128	4	23	—	10	4	42	—	51	49
Залізниці: 3. Південно-Західні	4	—	—	—	1	133	23	69	4	10	27	163	1	20	99
Залізниці: 4. Катеринівські	—	—	2	—	—	44	10	39	9	19	5	90	1	27	94
Всього по транспорту	4	—	3	—	1	591	94	148	14	40	45	346	2	133	352
Всього по УСРР за вересень 1930 р.	63	3	160	12	67	8199	1669	1946	258	592	139	2351	62	3352	9614
Всього по УСРР за серпень 1930 р.	84	—	319	16	94	10285	2170	2210	304	687	325	3061	32	3501	7487
Всього по УСРР за вересень 1929 р.	93	2	633	11	136	14978	3922	3994	326	781	684	4426	53	5582	11269

Рух інфекційних захворувань по містах,

НАЗВА МІСТ		Тиф — Typhus								
		Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status tuphosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Київ		168	10	12	—	—	11	—	101	627
Крім того, місця, що приєдн. до міста		6	—	1	—	—	11	—	61	18
2. Одеса		131	10	6	—	—	215	—	55	954
Крім того, місця, що приєдн. до міста		4	—	—	—	—	4	—	146	29
3. Харків		329	18	2	—	18	123	—	94	664
Крім того, місця, що приєдн. до міста		50	1	1	—	—	31	—	15	187
4. Дніпропетровське		183	19	6	—	40	365	—	83	589
Крім того, місця, що приєдн. до міста		62	5	—	—	19	122	—	13	119
5. Сталіне		179	5	—	—	8	32	—	22	105
Крім того, місця, що приєдн. до міста		222	6	—	—	19	85	—	58	130
6. Миколаїв		34	—	1	—	—	24	—	24	211
Крім того, місця, що приєдн. до міста		5	1	—	—	—	25	—	3	21
7. Полтава		35	1	4	—	3	17	—	64	101
Крім того, місця, що приєдн. до міста		9	1	1	—	—	13	—	109	85
8. Луганське		40	1	—	—	11	37	—	81	121
Крім того, місця, що приєдн. до міста		6	—	—	—	—	14	—	—	23
9. Дмитрівськ		125	1	—	—	18	40	—	32	69
Крім того, місця, що приєдн. до міста		99	1	—	—	2	30	—	9	35
10. Житомір		2	1	—	—	—	—	—	4	72
Крім того, місця, що приєдн. до міста		4	—	—	—	—	—	—	—	32
11. Херсон		35	2	—	—	6	221	—	30	135
Крім того, місця, що приєдн. до міста		6	—	—	—	—	46	—	3	37
12. Зінов'ївське		37	6	—	—	3	—	—	51	366
Крім того, місця, що приєдн. до міста		13	1	2	—	3	5	—	46	169
13. Запоріжжя.		16	—	—	—	—	111	—	43	110
Крім того, місця, що приєдн. до міста		10	—	—	—	—	65	—	4	29
14. Бердичів		4	2	—	—	—	—	—	17	29
Крім того, місця, що приєдн. до міста		5	3	—	—	1	—	—	—	94
15. Вінниця		9	—	1	—	—	—	—	45	52
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	1	1	—	—	—	—	55	8
16. Кремінчуг		21	3	4	—	—	13	—	27	89
Крім того, місця, що приєдн. до міста		7	—	2	—	—	20	—	31	31
17. Маріюпіль		57	—	3	—	—	43	—	58	76
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Суми		5	—	—	—	—	—	—	—	59
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	8	—	—	32
Разом:										
По містах		1410	79	39	—	107	1252	—	831	4429
Крім того по місцях, що приєдн. до міста		508	20	8	—	44	479	—	55[illegible]	1079
Всього за жовтень 1930 р. . . .		**1918**	**99**	**47**	—	**151**	**1731**	—	**1384**	**5508**

що безпосередньо підпорядковані ВУЦВК'ові за жовтень 1930 р.

Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cerep.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інш. органів Tuberculosis ceter. organ	Сіфіліс—Syphilis: Всього	Сіфіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс I Syphilis I	Сіфіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
22	237	13951	10	—	4	—	—	—	1	754	231	217	57	47	51	308	—	62	143
13	7	315	6	—	—	—	—	—	—	30	3	2	—	2	1	2	1	8	22
15	128	12339	—	—	4	—	5	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	6	254	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	1	—	20
54	240	1432	1	—	4	—	3	—	—	293	160	95	18	13	6	125	—	44	35
62	14	1126	10	—	—	—	—	—	—	144	51	16	3	11	—	14	1	50	85
52	198	16879	5	—	15	—	—	—	—	314	84	11	4	7	3	8	—	50	3
23	27	1264	11	—	—	—	3	—	—	21	10	22	11	11	2	51	—	46	51
17	11	403	44	—	—	—	1	—	—	70	18	36	5	1	14	65	—	22	17
51	16	2089	24	—	—	—	—	—	—	218	48	41	2	8	—	29	—	71	60
26	81	3383	—	—	—	—	1	—	—	108	—	31	6	6	16	102	—	34	33
7	7	433	3	—	—	—	—	—	—	7	—	2	—	2	—	1	1	—	34
1	37	467	—	—	1	—	—	—	—	84	90	18	—	1	—	3	—	6	19
2	20	244	4	—	1	—	—	—	1	59	40	11	—	2	—	5	—	5	16
52	20	2033	—	—	—	—	—	—	—	32	21	33	—	—	4	39	—	14	41
—	1	81	—	—	—	—	—	—	—	8	5	3	—	—	1	24	—	—	3
41	13	2665	13	—	—	—	—	—	—	143	18	20	1	—	7	75	—	18	38
9	8	1051	28	—	—	—	—	—	—	15	—	61	1	2	1	11	—	14	21
4	15	2652	8	—	—	—	—	—	—	14	13	5	2	3	—	21	—	9	18
—	7	—	1	—	—	—	—	—	—	25	8	1	—	1	—	10	—	—	16
42	20	2362	—	—	—	—	—	—	—	218	148	46	10	10	10	66	—	61	7
6	10	526	—	—	—	—	—	—	—	8	3	—	—	—	—	1	—	1	—
15	21	149	—	—	—	—	1	—	—	131	21	66	—	—	—	—	—	7	14
16	15	23	—	—	—	—	—	—	1	96	7	36	—	—	—	—	—	6	10
91	18	3446	—	—	—	—	—	—	—	148	11	19	4	—	3	29	—	75	9
1	2	448	—	—	—	—	2	—	—	30	2	14	—	—	—	8	—	30	27
13	5	4232	1	—	1	—	1	—	—	51	40	18	—	3	1	34	—	1	28
8	3	332	—	—	1	—	1	—	—	37	30	30	1	11	3	13	—	3	2
1	6	1265	—	—	2	—	—	—	—	27	1	24	3	2	—	43	—	—	21
15	14	205	1	—	1	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	2	10
2	22	180	—	—	2	—	—	—	—	129	50	26	7	—	10	55	—	1	9
4	20	187	—	—	2	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	2	—	4	13
55	18	2579	1	—	—	—	—	—	—	347	99	43	6	21	10	63	—	19	21
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	10	666	1	—	—	—	—	—	—	96	26	25	4	6	—	27	—	6	2
3	3	214	—	—	—	—	—	—	—	11	1	—	—	—	—	1	—	8	32
508	1100	71083	84	—	31	—	12	2	3	2959	1031	733	127	120	135	1063	—	429	453
235	180	8792	88	—	5	—	6	—	3	724	208	239	18	50	8	173	4	248	422
743	**1280**	**79875**	**172**	—	**36**	—	**18**	**2**	**6**	**3683**	**1239**	**972**	**145**	**170**	**143**	**1236**	**4**	**677**	**875**

Інфекційні захворювання по районах УСРР за жовтень м-ць 1930 року

РАЙОНИ	Тифи — Typhus: Черевний Abdominalis	Паратиф Paratuphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясован. форма Status typhosus	Малярія Malar.a	Віспа натур. Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphteria et cruop	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lathargica
a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Полісся	138	17	11	—	32	273	2	1969	858	485	420	12264	229	2
Правобережжя	719	35	47	—	98	376	5	4442	3805	1659	1227	27809	1005	6
Лівобережжя	616	35	39	12	118	1759	2	3510	3327	1260	636	22495	545	2
Степ	600	41	5	4	138	3082	6	1567	2938	765	516	14800	255	—
Дніпрянск. промисл.	303	24	7	—	79	1326	6	654	1269	311	192	11632	152	1
Гірнічий	847	33	4	4	101	1392	—	753	1248	616	147	18392	315	1
Всього по районах	3223	185	113	20	566	8208	21	12895	13445	5096	3138	107392	2501	12
Залізниці: 1. Південні	37	1	2	—	1	134	—	119	160	40	54	6149	—	—
2. Донецькі	34	1	—	—	9	204	—	191	197	17	25	4152	3	—
3. Південно-Західні	26	—	—	—	1	53	—	170	229	47	73	11372	4	—
4. Катерінівські	25	2	3	—	2	170	—	94	190	26	23	7812	1	—
Всього по транспорту	122	4	5	—	13	561	—	574	776	130	175	29485	8	—
Всього по УСРР за жовтень 1930 р.	3345	189	118	20	579	8769	21	13469	14221	5226	3313	136877	2509	12
Всього по УСРР за вересень 1930 р.	3600	283	66	4	660	12636	9	8350	12893	6436	2345	71750	3821	18
Всього по УСРР за жовтень 1929 р.	12054	555	176	8	1348	14814	4	12164	18352	6838	3788	64843	3501	27

Інфекційні захворування (продовження)

РАЙОНИ		поница мізк. стр. пом. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інш. органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	В тому числі: Сифіліс I Syphilis I	В тому числі: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhosa	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
a		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Полісся		10	—	2	—	5	1627	353	167	35	79	8	188	3	254	1919
Правобережжя		22	—	53	5	18	2470	686	696	51	156	30	522	30	643	2206
Лівобережжя		9	7	23	—	14	1930	479	470	120	164	8	438	10	1262	3347
Степ		8	—	39	—	7	1536	256	294	53	104	20	473	19	924	1799
Дніпрянск. промисл.		6	—	7	18	6	570	112	160	36	68	14	242	5	468	683
Гірнічий		1	6	9	1	4	767	174	223	72	82	21	562	9	543	1104
Всього по районах		56	13	133	24	54	8900	2060	2010	367	653	101	2425	76	4094	11058
1. Південні	Залізниці	—	—	—	—	—	349	129	46	3	4	11	40	—	21	127
2. Донецькі	Залізниці	—	—	—	—	—	158	10	25	2	3	6	83	—	36	78
3. Південно-Західні	Залізниці	—	—	1	—	—	206	26	93	15	22	18	116	—	13	107
4. Катерінівські	Залізниці	—	—	1	—	—	43	6	50	9	31	11	77	2	17	142
Всього по транспорту		—	—	2	—	—	756	171	214	29	60	46	316	2	87	454
Всього по УСРР за жовтень 1930 р.		56	13	135	24	54	9656	2231	2224	396	713	147	2741	78	4181	11512
Всього по УСРР за вересень 1930 р.		63	3	160	12	67	8199	1769	1946	258	592	139	2351	62	3352	9614
Всього по УСРР за жовтень 1929 р.		111	2	282	9	111	16931	4447	4738	406	1059	683	5153	49	7456	16026

Рух інфекційних захворувань по містах що безпосе

НАЗВА МІСТ		Тиф — Typhus					Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina
		Черевний Abdominalis	Паратиф Paratyphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Sattus tuphosus				
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Київ		127	4	17	—	—	1	—	113	410
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	7	—	20	19
2. Одеса		66	5	13	—	—	33	—	44	580
Крім того, місця, що приєдн. до міста		5	2	—	—	9	—	—	45	39
3. Харків		222	7	4	—	13	32	—	188	477
Крім того, місця, що приєдн. до міста		41	—	3	—	—	54	—	22	89
4. Дніпропетровське		163	17	3	—	29	186	—	221	336
Крім того, місця, що приєдн. до міста		68	2	2	—	12	131	—	56	76
5. Сталіне		74	9	—	—	3	26	—	41	90
Крім того, місця, що приєдн. до міста		79	6	1	—	7	74	—	109	122
6. Миколаїв		19	—	1	—	—	7	—	17	135
Крім того, місця, що приєдн. до міста		2	—	1	—	1	20	—	6	52
7. Полтава		13	1	3	—	—	8	—	106	100
Крім того, місця, що приєдн. до міста		2	—	1	—	2	5	—	65	78
8. Луганське		27	1	—	—	12	37	—	38	98
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	3	7	—	—	9
9. Дмитріївськ		80	—	—	—	—	17		62	45
Крім того, місця, що приєдн. до міста		43	—	—	—	—	35	—	32	25
10. Житомір		2	—	1	—	—	1	—	—	64
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	—	—	—	27
11. Херсон		19	4	1	—	3	82	—	18	93
Крім того, місця, що приєдн. до міста		5	—	—	—	—	14	—	9	32
12. Зінов'ївське		22	10	—	—	1	1	—	70	212
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	—	—	35	2
13. Запоріжжя		3	—	—	—	2	70	—	75	50
Крім того, місця, що приєдн. до міста		12	1	—	—	2	152	—	261	48
14. Бердичів		6	8	1	—	—	—	—	80	47
Крім того, місця, що приєдн. до міста		3	—	—	—	—	—	—	6	13
15. Вінниця		7	—	1	—	—	—	—	34	60
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	—	—	237	1
16. Кремінчуг		8	—	2	—	—	2	—	27	71
Крім того, місця, що приєдн. до міста		8	—	—	—	—	25	—	37	41
17. Маріюпіль		39	1	1	—	3	22	—	99	102
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Суми		—	—	9	—	2	1	—	1	38
Крім того, місця, що приєдн. до міста		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Разом:										
По містах		897	67	57	—	68	526	—	1234	3008
Крім того по місцях що приєдн. до міста		268	11	8	—	36	524	—	940	673
Всього за жовтень 1930 р.		**1165**	**78**	**65**	—	**104**	**1050**	—	**2174**	**3681**

редньо підпорядковані ВУЦВК'ові за листопад м-ц 1930 р.

Каплюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізкова летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cerep.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інш. органів Tuberculosis ceter. organ	Сіфіліс—Syphilis			М'якець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
												Всього	В тому чис. Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс II св. Syphilis II rec.					
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
8	234	8079	—	—	6	—	2	—	—	686	192	151	6	13	22	133	—	56	98
13	6	320	1	—	2	—	—	—	—	20	4	—	—	-	—	2	—	1	10
9	144	335	—	—	4	—	1	—	1	293	128	166	27	10	46	133	—	—	44
23	13	300	—	—	—	—	—	—	—	10	9	2	—	2	—	—	—	4	40
43	267	931	1	—	—	—	2	—	—	344	295	132	16	19	35	249	—	15	233
74	18	656	2	—	—	—	—	—	—	111	21	16	3	8	1	11	—	15	87
84	161	5976	1	—	2	—	—	—	—	175	11	7	1	6	—	—	—	60	5
25	21	1164	21	—	—	—	—	—	—	72	13	27	2	21	—	36	—	118	80
14	6	368	5	—	—	—	—	—	—	45	21	31	8	2	5	39	—	27	8
65	17	1115	6	—	—	—	—	—	1	145	34	33	1	2	2	35	—	38	60
57	90	2531	—	—	2	—	—	—	—	131	—	32	3	5	8	61	—	41	46
23	10	555	3	1	—	—	—	—	—	25	1	1	1	—	3	1	—	15	64
1	41	339	—	—	1	—	—	—	—	84	26	17	—	—	4	41	—	2	5
2	30	357	3	—	3	—	—	—	—	45	18	4	—	1	—	—	—	4	21
32	38	1232	1	—	—	—	—	—	—	27	12	26	1	1	1	62	—	6	21
—	3	28	—	—	—	—	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—
35	12	872	3	—	—	—	—	—	—	102	—	26	5	1	1	36	—	5	22
4	5	461	5	—	—	—	—	—	—	61	2	18	9	—	5	36	—	20	22
13	13	1613	1	—	—	—	—	—	—	23	40	10	—	1	—	31	—	9	33
—	7	8	2	—	—	—	—	—	—	24	10	10	1	—	—	12	—	—	7
23	24	1866	3	—	1	—	—	—	—	137	136	38	6	4	11	55	—	39	9
12	2	360	—	—	—	—	—	—	—	15	2	—	—	—	—	5	—	3	27
26	34	102	1	—	1	—	—	—	—	91	16	63	—	—	—	—	—	8	16
1	—	20	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	9
41	7	913		—	—	—	—	—	—	124	37	—	3	—	6	8	—	55	1
39	9	555	—	—	1	—	—	—	—	40	1	—	2	—	—	1	—	9	53
11	7	767	1	—	—	—	1	—	—	28	57	7	2	1	1	22	—	4	3
—	—	43	—	—	—	—	1	—	—	26	23	8	—	1	1	7	—	1	2
—	6	142	—	—	1	—	—	—	—	21	—	10	—	2	—	35	—	—	22
8	7	136	2	—	—	—	1	—	—	1	—	2	—	—	—	3	—	3	14
—	17	175	—	—	—	—	—	—	—	29	14	33	5	—	8	28	—	—	15
5	21	340	—	—	—	—	—	—	—	27	9	1	-	1	-	2	—	—	8
55	18	977	2	—	—	—	1	—	—	310	165	39	5	25	10	28	—	28	24
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	5	1027	—	—	—	—	—	—	—	58	18	30	—	4	—	1	—	6	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
452	1124	28245	19	—	18	—	7	—	1	2708	1168	818	88	94	158	962	—	361	607
204	169	6418	45	1	6	—	2	—	1	632	148	123	19	36	12	151	—	231	504
746	**1293**	**34663**	**64**	**1**	**24**	**—**	**9**	**—**	**2**	**3340**	**1316**	**941**	**107**	**130**	**170**	**1113**	**—**	**592**	**1111**

Інфекційні захворювання по районах УСРР за Листопад місяць 1930 року

РАЙОНИ	Тифи — Typhus: Черевний Abdominalis	Паратиф Paratuphus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясован. форма Status typhosus	Малярія Maiaria	Віспа натур. Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Dihphteria et cruop	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lathargica
a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Полісся	96	14	22	—	10	162	1	2488	729	512	383	16466	49	1
Правобережжя	478	26	70	—	70	275	8	3729	2868	1586	1173	30780	320	5
Лівобережжя	465	12	69	4	83	1173	3	3472	2311	876	586	29715	166	3
Степ	403	34	12	2	88	1289	2	1365	1334	572	386	14642	100	4
Дніпрянск. промисл.	204	25	10	1	47	614	1	528	668	302	166	8902	20	2
Гірнічий	501	32	8	3	95	934	5	750	797	434	162	12015	128	—
Всього по районах	2147	143	191	10	393	4447	20	12332	8707	4282	2856	112520	783	15
Залізниці: 1. Південні	13	2	1	—	—	99	—	146	128	51	34	3921	—	—
2. Донецькі	23	—	1	—	—	86	—	177	117	24	17	2165	—	—
3. Південно-Західні	15	2	5	—	2	44	—	283	182	82	53	6326	2	—
4. Катерининські	21	9	—	—	9	70	—	195	107	60	18	4107	—	—
Всього по транспорту	72	13	7	—	11	299	—	801	534	217	122	16519	2	—
Всього по УСРР за листопад 1930 р.	2219	156	198	10	404	4746	20	13133	9241	4499	2978	129039	785	15
Всього по УСРР за жовтень 1930 р.	3345	189	118	20	579	8769	21	13469	14221	5226	3313	136877	2509	12
Всього по УСРР за листопад 1929 р.	8228	403	191	11	870	8919	6	18247	14930	6019	3644	69243	1380	30

Інфекційні захворування (продовження)

Райони	Опоннця м'яз.-стр. пош. Mening. cereb.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anhtrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інш. органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'який шанкер Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
a	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Полісся	18	—	3	6	1	1695	346	160	50	48	8	170	6	256	1694
Правобережжя	43	—	32	7	11	2231	556	374	61	153	23	458	37	544	2336
Лівобережжя	8	3	15	9	12	2041	405	591	36	172	9	407	10	1000	3565
Степ	6	—	21	1	3	1378	211	199	23	97	9	296	15	608	1747
Дніпрянск. промисл.	9	—	6	3	6	444	82	86	9	50	20	253	8	368	638
Гірничий	1	—	4	1	2	843	99	259	68	72	20	471	1	423	1118
Всього по районах	85	3	81	27	35	8632	1699	1669	247	592	86	2055	77	3199	11098
Залізниці: 1. Південні	—	—	—	—	—	381	276	25	2	—	6	55	—	22	105
Залізниці: 2. Донецькі	—	—	—	—	—	129	31	45	4	2	6	76	—	24	56
Залізниці: 3. Південно-Західні	3	—	—	—	—	209	49	121	20	14	50	129	—	20	122
Залізниці: 4. Катеринінські	—	—	—	—	—	73	3	41	10	23	10	77	—	23	107
Всього по транспорту	3	—	—	—	—	792	359	232	36	39	72	337	—	89	390
Всього по УСРР за листопад 1930 р.	88	3	81	27	35	9424	2058	1901	283	631	158	2392	77	3288	11488
Всього по УСРР за жовтень 1930 р.	56	13	135	24	54	9656	2231	2224	396	713	147	2741	78	4181	11512
Всього по УСРР за листопад 1929 р.	92	—	196	4	44	15499	4333	4089	360	943	628	4761	50	6202	18113

Рух інфекційних захорувань по містах, що безпо

НАЗВА МІСТ	Тиф — Typhus								
	Черевний Abdominalis	Паратиф Parat phus	Висипний Exanthematicus	Поворотний Recurrens	Нез'ясов. форма Status tuphosus	Малярія Malaria	Віспа натуральна Variola vera	К і р Morbilli	Шкарлатина Scarlatina
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Київ	76	7	11	—	—	1	—	164	349
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	—	—	—	—	—	40	9
2. Одеса	30	3	16	—	—	73	—	87	438
Крім того, місця, що приєдн. до міста	5	—	—	—	—	5	—	16	33
3. Харків	99	3	33	—	21	58	—	266	373
Крім того, місця, що приєдн. до міста	28	1	2	—	—	39	—	55	132
4. Дніпропетровське	186	20	6	—	36	163	—	192	271
Крім того, місця, що приєдн. до міста	23	4	2	—	9	143	—	59	42
5. Сталіне	34	1	1	—	1	16	—	53	65
Крім того, місця, що приєдн. до міста	39	1	—	—	9	45	—	90	81
6. Миколаїв	6	—	1	—	—	2	—	32	80
Крім того, місця, що приєдн. до міста	2	—	—	—	4	11	—	1	27
7. Полтава	3	1	15	—	—	16	—	60	66
Крім того, місця, що приєдн. до міста	10	—	1	—	2	7	—	20	59
8. Луганське	10	1	—	—	9	10	—	122	66
Крім тогг, місця, що приєдн. до міста	3	—	—	—	—	4	—	6	5
9. Дмитрівськ	32	—	—	—	—	13	—	132	42
Крім того, місця, що приєдн. до міста	19	—	—	—	—	12	1	33	26
10. Житомір	3	—	2	—	1	1	—	1	41
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	1	—	—	—	—	—	12
11. Херсон	3	6	—	—	6	69	—	27	65
Крім того, місця, що приєдн. до міста	4	—	—	—	—	16	—	92	10
12. Зінов'ївське	3	2	—	—	—	—	—	27	115
Крім того, місця, що приєдн. до міста	3	2	—	—	—	—	—	25	13
13. Запоріжжя.	4	—	3	—	3	66	—	86	42
Крім того, місця, що приєдн. до міста	3	—	—	—	12	10	—	73	11
14. Бердичів	4	—	1	—	—	—	—	41	32
Крім того, місця, що приєдн. до міста	1	—	4	—	—	—	—	2	7
15. Вінниця	7	—	4	—	—	—	—	118	52
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	1	—	—	—	—	123	2
16. Кремінчуг	5	—	4	—	—	2	—	26	72
Крім того, місця, що приєдн. до міста	7	—	—	—	—	3	—	29	50
17. Маріюпіль	28	—	6	—	—	16	—	228	81
Крім того, місця, що приєдн. до міста	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Суми	2	—	6	—	—	7	—	22	36
Крім того, місця, що приєдн. до міста	1	1	1	—	—	3	—	2	34
Разом:									
По містах	535	44	109	—	77	513	—	1684	2286
Крім того по місцях, що приєдн. до міста	148	9	12	—	36	298	1	666	553
Всього за жовтень 1930 р. . . .	**683**	**53**	**121**	—	**113**	**811**	**1**	**2350**	**2839**

¹) За даними Держпляну „Нові адміністративні райони УСРР".

середньо підпорядковані ВУЦВК'ові за грудень 1930 р.

Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphtheria et croup	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lethargica	Опониця мізк.-стр. пош. Mening. cerep.-spin. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інш. органів Tuberculosis ceter. organ	Сіфіліс—Syphilis: Всього	Сіфіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс I Syphilis I	Сіфіліс—Syphilis: В тому чис.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'які́ець Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Горячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Корости Scabies
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
27	189	8259	1	—	4	—	1	1	—	988	267	192	59	48	79	230	—	58	179
2	1	180	—	—	—	—	—	—	0	13	8	-	—	—	—	—	—	1	9
13	103	159	—	—	—	1	—	—	1	113	82	148	15	9	37	143	—	—	54
46	3	249	—	—	—	—	—	1	—	13	4	1	—	9	1	3	—	3	42
52	201	823	4	—	7	—	—	—	—	655	610	202	10	34	31	230	—	17	232
43	12	559	1	—	—	—	—	—	—	66	21	10	3	4	3	14	—	1	67
111	169	6002	—	2	7	—	—	—	—	242	22	—	—	—	3	—	—	63	8
20	24	1149	5	—	—	—	—	—	—	68	25	24	11	13	1	35	—	62	68
22	8	265	—	—	—	—	1	—	—	156	—	26	5	—	2	29	—	43	4
26	10	1150	4	—	—	—	—	—	—	205	27	26	—	—	—	30	—	42	71
45	—	1452	—	1	—	—	—	—	—	134	5	34	4	5	10	77	1	37	35
9	15	346	1	—	—	—	—	1	—	16	—	—	—	—	1	5	—	7	40
1	25	258	—	—	—	—	—	—	—	69	49	16	—	—	—	29	—	2	25
1	15	210	—	—	—	—	1	—	—	39	18	5	—	—	—	3	—	5	13
29	29	1162	—	—	1	—	—	-	—	56	17	234	2	1	1	139	—	7	55
2	3	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	9
52	18	1039	2	—	—	—	—	—	—	153	90	27	2	—	5	42	—	15	21
4	3	370	1	—	—	—	—	6	—	33	—	—	9	—	2	20	—	8	6
23	9	851	—	—	—	—	—	—	—	58	57	21	—	7	1	34	—	5	50
—	2	95	—	—	—	—	—	—	—	40	7	8	1	—	1	17	—	6	4
35	21	798	6	—	—	—	—	—	—	127	106	39	4	10	16	40	—	32	15
5	4	145	4	—	—	—	—	—	—	11	1	1	—	—	—	5	0	1	23
11	31	42	—	—	1	—	—	—	—	42	24	—	—	—	—	—	—	6	23
6	7	36	—	—	—	—	—	—	—	6	7	—	—	—	—	—	—	5	14
54	4	902	—	—	—	—	—	—	—	134	8	30	4	3	5	62	—	91	20
2	19	251	1	—	—	—	—	—	—	16	—	16	—	—	—	1	—	17	25
15	8	730	—	—	2	—	—	—	—	43	43	15	—	3	—	23	—	2	21
3	2	70	2	—	—	—	—	—	—	10	3	1	—	1	—	3	—	2	5
4	12	133	—	—	—	—	—	—	—	8	—	19	—	3	3	27	—	—	18
5	2	93	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	3
1	12	179	1	—	1	—	—	—	—	146	54	27	1	1	2	28	—	1	18
6	16	160	—	—	—	—	—	—	—	54	70	2	—	2	—	—	—	—	3
38	25	872	2	—	—	—	—	—	—	69	41	50	11	30	1	34	—	41	36
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	7	813	—	—	—	—	—	7	—	155	5	4	3	2	6	25	—	8	1
2	2	230	1	2	—	—	—	—	—	65	2	—	—	4	—	5	—	4	21
637	871	24739	16	3	23	1	2	8	1	3348	1480	1084	120	149	202	1192	—	428	815
182	140	5375	20	2	1	—	1	8	—	656	193	96	24	40	9	145	1	164	423
719	1011	30114	36	5	24	1	3	16	1	4004	1673	1180	144	189	211	1337	1	592	1238

Інфекційні захорування по районах У.С.Р.Р. за грудень місяць 1930 року.

РАЙОНИ	Тифи — Typhus: Черевний Abdominalis	Тифи — Typhus: Паратиф Paratuphus	Тифи — Typhus: Висипний Exanthematicus	Тифи — Typhus: Поворотний Recurrens	Тифи — Typhus: Нез'ясован. форма Status typhosus	Малярія Malaria	Віспа натур. Variola vera	Кір Morbilli	Шкарлятина Scarlatina	Кашлюк Pertussis	Обклад та круп Diphteria et cruop	Грип Influenza	Різачка Dysenteria	Мізковиця летаргічна Encephalitis lathargica
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Полісся	97	24	102	—	4	122	3	2573	733	445	393	13520	31	—
Правобережжя	386	49	153	4	75	156	1	2619	1880	1131	723	18518	71	6
Лівобережжя	299	25	122	—	40	861	1	2234	1658	640	419	19797	36	3
Степ	232	22	17	3	47	652	11	647	632	404	234	8092	42	1
Дніпрянск. промисл.	170	23	8	—	28	422	—	758	492	218	165	5430	11	—
Гірнічий	377	17	18	—	67	737	1	769	644	649	156	13261	59	2
Всього по районах	1561	160	420	7	261	2950	17	9600	6039	3487	2090	78618	250	12
Залізниці: 1. Південні	19	—	7	—	—	53	—	107	102	67	19	2754	—	—
2 Донецькі	15	—	—	—	—	66	—	140	110	15	17	1888	—	—
3. Південно-Західні	9	1	6	—	2	21	—	254	109	69	38	4270	—	—
4. Катерінівські	24	2	2	—	—	76	—	153	101	53	29	2835	—	—
Всього по транспорту	67	3	15	—	2	216	—	654	422	204	103	11747	—	—
Всього по УСРР за грудень 1930 р.	1628	163	435	7	263	3166	17	10254	6461	3691	2193	90365	250	12
Всього по УСРР за листопад 1930 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всього по УСРР за грудень 1929 р.	4948	338	375	9	714	6526	20	25919	11771	6058	3118	67827	537	21

Інфекційні захворування (продовження)

РАЙОНИ		Опопиця мізк.-стр. пош. Mening. cerebr.-s in. epid.	Сап Malleus	Телій Anthrax	Сказ Lyssa	Правець Tetanus	Туберкульоза легенів Tuberculosis pulmonum	Туберкульоза інш. органів Tubercul. ceter. organ.	Сифіліс—Syphilis: Всього	Сифіліс—Syphilis: В тому числ.: Сифіліс I Syphilis I	Сифіліс—Syphilis: В тому числ.: Сифіліс II св. Syphilis II rec.	М'якошь Ulcus molle	Гонорея Gonorrhoea	Гарячка породова Febris puerperalis	Трахома Trachoma	Короста Scabies
а	б	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Полісся		13	—	1	—	1	1793	379	225	66	54	4	208	6	241	2061
Правобережжя		21	2	22	11	21	2721	543	39[illegible]	50	166	15	451	27	445	2281
Лівобережжя		15	—	7	2	3	2041	300	36[illegible]	29	132	14	335	5	1048	3382
Степ		15	—	17	1	1	1155	180	161	23	81	19	287	9	594	1697
Дніпрянськ. промисл.		6	—	3	—	—	464	68	80	15	25	1	1[illegible]7	5	358	525
Гірнічий		3	—	5	—	5	86[illegible]	101	19[illegible]	62	76	26	386	1	452	1060
Всього по районах		73	2	55	14	31	9035	1571	1420	245	534	79	1811	53	3138	10916
Залізниці: 1. Південні		—	—	—	—	—	370	153	23	4	2	4	44	—	13	130
2. Донецькі		—	—	—	—	—	147	2[illegible]	42	5	8	4	6[illegible]	—	31	58
3. Південно-Західні		—	—	—	—	—	238	48	90	18	13	19	115	—	12	123
4. Катерінівські		—	—	—	—	—	70	8	29	2	15	4	60	—	21	123
Всього по транспорту		—	—	—	—	—	82[illegible]	230	184	29	38	31	282	—	77	434
Всього по УСРР за грудень 1929 р.		73	2	55	14	31	9860	1801	1604	274	572	110	2096	53	3215	11350
Всього по УСРР за листопад 1930 р.		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всього по УСРР за грудень 1929 р.		133	—	208	1	27	17828	4707	3972	372	903	491	4446	61	5597	18265

Реферативне бюро при Українській державній медичній бібліотеці

№ 2. Лютий 1931 року

Редаґує цю частину Л. Б. Трахтман

Охорона здоров'я за кордоном.

1, Календар Конгресів на 1931 рік.

Квітень. 11 Інтернац. Конгрес санітарної техніки та комунальної гігієни. Секретаріят: Мілан. Піяцца Дуомо 17

Травень. 25 — 29: VI Інтернац. Конгрес таласотерапії (морського лікування). Секретар: D-r Moser, Hôpital Maritime, Bercke-Plage (Pas-de-Calais)

Червень. 8 — 13 (Відень) 11 Інтерн. Конгрес у лікарняній справі. Секретар: D-r Handler, Wien, Rathausstrasse F.

15 — 20 (Гаага) VI Інтерн. Конгрес військової медицини і фармації. Секретар: Sanberg van B elens, Service de Santé. Ministère de la guerre. La Haye.

Липень. 27 — 31 (Париж) 11 Інтерн. Конгрес радіології. Секретар: D-r Ledoux-Lebord, 122, Rue de la Boétie, Paris 8.

Серпень VI Інтерн, Конгрес хирургії нещасливих пригод та медицини праці (Женева) Певної дати не визначено, Секретар: D-r Jorsin 3, Rue. de la Monnaie, Genève.

31-VIII — 4-IX (Берн) 1 Інтерн. Конгрес у питаннях неврології. Секретар: D-r Charles Dubois. 20. Falkenhöchewege Berne.

Жовтень 14 — 18 11 Інтерн. Конгрес порівняльної патології. Секретаріят: Paris, 7, Rue Suttave Nadaud.

На 1932 рік.

Конгрес Інтерн. Ліги проти ревматизму має зібратися навесні 1932 р. (дату ще не визначено), в Римі, Флоренції або Мілані. (Bulletin de la Soc. de Pathologie Exotiqne XXIII № 7).

2. Конгреси, наукові асоціяції.

XV Конгрес у справах судової медицини країн французької мови. (Paris Médical 1930, № 29, стор. XIII).

Конгрес відбувся в Парижі 26 — 28 травня 1930 р. У порядку денному були такі доповіді: а) Costedoat (Париж) – Містична кримінальність у сучасному суспільстві; б) Piétri (Ніцца) – Бальзамування трупів методою проймання протигнильним газом, не вводячи будької рідини в судини. (Методи цієї вживається в Еспанії протягом 12 років і констатовано, що вона цілком попереджує і припиняє гнильний процес); в) Доповідь Frib urg. Blanc і Masquin (Париж) і „Пізні наслідки тяжкого черепного травматизму"; г) Е. та R. Sorel — Фізіопатична параліза та нещасливі пригоди на роботі. Потім заслухано доповідь Simonin'а — „Вживання в судовій медицині фотографування світлом Wood'а через прозорість". Доповідач пропонує нову методу вживання ультра-фіялкових променів та світла Wood'а підчас дослідження дигітальних слідів та плям, а також фалшування чеків, марок і т. ін,

Другий з'їзд Психо-аналітичного Товариства. 1930 № 20, стор. 1520.

З'їзд відбувся в вересні б. р. у Дрездені. Заслухано такі доповіді: D-r Meng — Психічна гігієна на психо-аналітичній базі" Доповідач відзначив ролю психічної аналізи в стосунках між теперішнім лікарем і пацієнтом, або вчителем і учнем. D-r Horney (Берлін) подала цікаву доповідь про „Взаємне недовір'я між двох статей". D-r Boe m і D-r Fenichel (Берлін) оповіли про Единівський комплекс (Історія комплекса Е. та його спеціяльні форми). Заслухано було ще доповіді: D-r Reich (Відень) Психо-аналіза та формація характеру; D r A. Eichhorn (Відень) — Керівництво в галузі навчання та інші.

D. Medic. Woch. 1930, № 40, стор. 1709.

Інтернаціональний З'їзд Асоціяції зубних лікарів, що відбувся в Брюселі, надіслав до міністерства внутр. справ Німеччини листа з ухвалою, що з назви дантист може користувати лише той, хто скінчив академічне навчання. У Німеччині-ж помічається явище, що професію зубного лікаря обіймають особи без академічної освіти.

Річний з'їзд Німецького Товариства Проф. Гігієни. (J. Amer. Med, Assos. 1930, № 20 стор. 1520).

З'їзд відбувся 24 — 25 вересня в Бреслау, Головна тема програми: визначення ступеня непрацездатности за проф. захворувань. K ichнапп подав доповідь про визначення ступеня непрацездатности за тяжкої форми пнеймоконіозу. Автор визначає диференціяльну діягнозу цієї хороби від tbc. Автор повідомляє, що між випадків легкої форми пнеймоконіозу трапляється 8,7% тбк, за тяжкої форми силікозу відсоток тбк зростає до 30, але в надзвичайно тяжких захворуваннях на силікоз, що спричинилися до смерти, знайдено тбк в 75%. Клінічні симптоми пнеймоконіозу не визначені. Працездатність обумовлюється стагом легенів. В разі тяжкого силікозу компенсація мусить бути в розмірі 50% за тяжкої форми пнеймоконіозу і одночасно tbc, остання хороба повинна бути компенсована. Jadasohn і Mayer доповіли про визначення ступеня непрацездатности в наслідок професійних шкірних захорувань. Більшість екзем являють собою проф. захорування і трапляються через гіперсензитивність, що її людина дістає на виробництві шляхом сензитизації. Інкубаційний період іноді сягає 10 років. За теперішніх законів лише незначна кількість проф. екзем дає право на компенсацію. Робота в умовах близького контакту із смолою, дьогтем та миш'яком може спричинити, крім екземи, до сензитизації до світла та пітрякових змін. Далі обговорювалось визначення ступеня непрацездатности за інфекційних хороб, що дістає персонал підчас догляду хорих. Найважливіші інфекційні хороби — шкарлятина і дифтерія, можливі заряження й пнеймонією. Необережність не позбавляє людини права на компенсацію. Носії, хоч їм може й заборонено деякий час працювати, компенсації не одержують. Із хронічних інфекцій на першому місці tbc. Можлива наявність попередньої латентної інфекції утрудняє демонстрацію професійного захорування. Цьому можна запобігти, улаштувавши рентґеноскопічний догляд підчас наймів.

3. Інститути

Новий Інститут Гігієни в Калькуті. (J. Amer. Med. Ass. 1930, № 20, стор. 1514).

Індійський уряд пристав на пропозицію Рокфелера сконструювати та устаткувати Всеіндійський інститут гігієни в Калькуті. Інститут буде провадити послідчу та навчальну роботу в галузі народнього здоров'я, особливо в умовах Індії. Роботу інститут провадитиме спільно зі школою тропічної медицини в Калькуті, Пастерівським інститутом, шпиталем тропичних хороб та ляборатаріями Leonard Rogers. Останні спеціяльним завданням мають дослідження лепри, Kala-azar, гельмінтіязу та інтестинальних захорувань.

4. Законодавство

Нові закони про продукти споживання в Німеччині

а) Хлібний закон (від 17-III — 30).

У Німеччині видано новий закон, що мусить підвищити споживання жита. Згідно із цим законом житній хліб дозволено випікати виключно з житнього борошна (помол 60% або звичайний помол, несіяне борошно, раніш був 70% помол). Домішувати пшеничне борошно дозволяється тільки 10% на 80% житнього і продавати такий хліб під назвою мішаний. Щодо того факту, що білий хліб краще засвоюється, ніж житній, законодавці гадають збалянсувати цю властивість ціною житнього хліба, багато нижчою за пшеничний. Закон має чинність до 30-IX — 32 року.

б) Закон про молоко (21-VII — 1930).

Закон забороняє продавати або перероблювати молоко від корів, хорих на тяжку форму tbc, або підозрілих на тяжку форму tbc. Від корів, що хорі на ящур, або на легку форму tbc, молоко дозволяється вживати тільки після стерилізації кип'ятінням. Закон вимагає чистоти підчас доїння та в приміщеннях молочарень. Перевозити молоко можна лише в закритому посуді. Особи, що хоріють на інфекційні хороби, носії або ті, що виділяють бацили — усуваються з роботи в молочарнях. У зв'язку з тим, що молоко є один з продуктів, що найналегше може сприяти розповсюдженню інфекцій, — продаж молока без спеціяльного дозволу, навіть по селах, забороняється.

в) Закон щодо вина (від 15-VII — 1930).

Закон подає деякі зміни проти закону 1909 р., але ці зміни не ґрунтовні; в основному закон залишається той самий на економічній базі й має на меті зберігти якість вина: забороняє фальшування, сурогати тощо.

5. Різні новини

Найнижчу за весь час народимість у Лондоні зареєстровано 1929 р., а саме: 70.089 або 15.8 на 1000 населення проти 16,2, що було 1928 р. Кількість народжень 1929 року була на 887 менш проти 1918 року, коли найбільш відчувавсь вплив світової війни. Смертність населення Лондону 1929 р. становила — 62.889 або 14.2 на 1000 проти 12.1 попереднього року. Таке поширення пояснюється епідемією інфлюенци та кашлюку в умовах надзвичайно суворої зими. У Лондоні майже 100.000 населення мешкають у підвальних помешканнях, що майже не гідні для житла.

(J. Amerik Med. Assos. 1930, 1515).

Соціяльна партія здоровохорони у Франції вимагає рішучих засобів боротьби проти tbc (Paris Medical 1930, № 29, стор XVII).

Соціяльна партія здоровоохорони на своїому засіданні в травні 1930 р. в приміщенні Нац. Комітету боротьби з tbc в Паризі, продовжуючи протитуберкульозну кампанію, обговорювала засоби боротьби з поширенням хороби. Проф. Побекур (мед академія) пропонував ізоляцію дітей від самого дня народження, якщо їм вдома загрожує інфекція. Iustin Godard (голова партії) та G. Schreiber пропонують регулярно вживати радіоскопії підчас огляду рекрутів та надсилати туберкульозну молодь до санаторій підчас військової служби. D-r Lesnè вимагає організації окремих курортів для хорих і не хорих на tbc. D-r List вважає за потрібне значно поширити кількість ліжок для хорих на tbc. Дехто висловлював жаль з привода того, що у Франції досі не заборонено плювати на підлогу.

(Paris Med. 1930, № 29, XVII).

Соціяльна партія здоровохорони Франції, в засіданні від 30 травня під головуванням I. Godard ухвалила визнати за бажану обов'язкову протидифтерійну вакцинацію дітей 18 міс. віку, а також, щоб у школи не приймали дітей від 30 до 10 років без посвідчи про переведення протидифтерійної вакцинації.

J. Amer. Med. Ass. 1930, № 20, стор. 1515).

Британський червоний хрест видав звіта, що повідомляє про свою діяльність по різних країнах. У Канаді він организував 54 шпиталів, що обслуговують нових колоністів місцевостях, де немає іншої лікарської допомоги. В Австралії де tbc ставить тяжку проблему, Британський червоний хрест віокрив 7 санаторій та будинків для реконвалесцентів. В Індії головну увагу червоний хрест звертає на домогу дітям і відкрив більш за 200 дитячих консультацій. В одній тільки Мадраській окрузі протягом 1 року консультації відвідало майже 1.000.000 матерей з дітьми.

Минулого року червоний хрест перевів профілактичні щеплення 50.000 чол. і через те попередив вибух холери. В південній Африці червоний хрест провадить в широкому маштабі навчання першої допомоги як між європейців, так і між африканців, що працюють у копальнях Трансвалю.

Од редакції. Оттак англійська буржуазія „компенсує" надзвичайну експлоатацію працюючого населення колоній.

Відповідальний редактор С. І. Канторовіч.

ДВОУ УПП. 7 Друк. ім. Фрунзе. Харків. Донець-Захарж., 6.

Укрголовліт 2009. Зам. 259. Прим. 6.350.

У. К. П.

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, „Картковому репертуарі“ та інших покажчиках Української Книжкової Палати

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редація: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 8-9 | 30 квітня 1931 року | № 8-9

ЗМІСТ

Про місячник оздоровлення дитинства. За культурний шахтарський гуртожиток (відозва НКОЗ та ВУК МСТруд № 477).

І. Політика та організація охорони здоров'я.

О. О. Єфімов. — Підсумки та перспективи роботи на оздоровл. побут. умов гірників Донбасу.

Б. А. Бендерська. — Охматдит на нових шляхах.

Л. А. Гельфанд. — Справа 20.000 медробігників периферії.

II. Офіційна частина. Організаційна частина. Фінанси. **76.** Про робітний день медсанробітників. **77.** Про посилення раціоналізаційної роботи. **78.** Про догляд та контролю фінгоспдіяльности медсанустанов. **79.** Заборона сплачувати ліккомісіям гроші з фонду меддопомоги. Кадри. **80.** Про зобов'язаних відслужити медробітників. **81.** Про використання лікарів випуску 1931 року. **82.** Про облік райздоровінспекторів. **83.** Про перенід тимчасових віспощепіїв на штатні посади. **84.** Про роботу колишніх ротних лікпомів. **85.** Про відрядження лікарів на курси вдосконалення. **85-а.** Нові ставки зарплати медробітникам.

Боротьба з епідеміями. **85-б.** Про заходи боротьби з епідеміями підчас засівів. **86.** Про активну імунізацію проти дифтерії, шкарлятини та про серотерапію. **87.** Про порядок ревакцінації проти черевного тифу. **88.** Про віспощеплення та заходи боротьби з віспою. **89.** Про боротьбу з менінгітом (додано інструкцію на дослідження бацилоносіння на менінгокеки). Лікувально-профілактична частина. **90.** Про піднесення санітарного стану лікпрофустанов. **91.** Про відпуск окулярів за рецептами лікарів. **92.** Про керівництво аптечною справою на місцях. **93.** Про передачу до філій ВАУ непридатного медінструментарія.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів. **1.** Про поліпшення побутового обслуговування робітників Донбасу. **2.** Колегія НКОЗ про стан здоровоохорони на Тракторобуді й Дніпрельстані. **3.** Про стан медобслуговування водників. **4.** Про запровадження санітарного мінімуму. **5.** Про дитячу оздоровну кампанію 1931 р. **6.** Про впорядкування аптечок першої допомоги. **7.** Операційний і торгплян ВАУ. **8.** Про комплексно-циклову систему навчання в медінститутах. **9.** Про керування інститутів периферією. **10.** Про вкомплектування інститутів периферійними робітниками. **11.** Про розвиток виробництв у психлікарнах. **12.** У надзвичайній комісії боротьби з епідеміями. **13.** Кари за неприпустимий стан лікарні. **14.** Про боротьбу із злочинами в галузі громадського харчування. **15.** Про розгляд судових справ за порушення правил саніт. утримування гуртожитків. **16.** Про популяризацію постанови Московського обкому ВКП(б) щодо Мосздорову.

IV. Об'яви та оголошення. 1 — 2. Про медробітників — дезертирів. 3. Конкурси. 4. Привітання НКОЗ. 5. Медновинки. 6. Про удосконалення змісту довідок про хворобу.

V. Огляд радянського законодавства.

Місячник дитячої оздоровної кампанії

(*Розіслано місцям 24 квітня 1931 р.*)

До всіх райздоровінспекторів, всіх голів секцій охорони здоров'я міськрад, копія НКОЗ, АМСРР, МСУ Тракторобуду та Дніпробуду та Уповноваженому від НКОЗ в Одесі тов. Волковому

Додаючи до цього копію постанови, що її затвердив 22 квітня 1931 р. ВУЦВК, Наркомздоров'я УСРР пропонує негайно розпочати переведення місячника оздоровлення дитинства, організувати штаб місячника, залучаючи найширші кола громадськости міста й села для реалізації зазначених в постанові ВУЦВК'у заходів та здійснення накресленого пляну оздоровлення дитинства влітку 1931 року.

Підчас першотравневих свят обов'язково розпочати кампанію, організувати карнавкові збори та розгорнути пропаганду завдань оздоровлення дитинства.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

(*Об. лист НКОЗ ч. 16-341-16 з 24 квітня 1931 р.*).

ВИТЯГ ІЗ ПРОТОКОЛУ № 5-490

Засідання Секретаріяту Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету в 22 квітня 1931 року

Слухали:	Постановили:
Про проведення місячника дитячої оздоровної кампанії. (Внес. Наркомздоров'я та НКОсвіти з 14-IV — 1931 р. № 3-10).	5. Дозволити Наркомздоров'я та НКОсвіти УСРР провести з 1 травня до 1 червня 1931 року місячник дитячої оздоровної кампанії. Щоб посилити матеріяльну базу дитячої оздоровної кампанії, провести підчас місячника такі заходи:

1. Дозволити міськрадам, виділеним в окремі адміністративно-господарські одиниці, та РВК:

а) масове доброхітне збирання коштів за підписними листами;

б) організацію з 1 до 5 травня включно карнавкових збирань коштів з тим, щоб цих днів не провадити ніяких інших доброхітних збирань;

в) влаштування концертів, вистав, кіно-сеансів та інших видовищ на користь дитячої оздоровної кампанії;

г) визначити надвишки на квитки до трамваїв, автобусів та таксі середміського сполучення, а також визначати надвишки на вартість речей, спродовуваних з комісійних крамниць та авкціонів небільш, як 10% заспеціяльною про це постановою президії міськради.

2) Встановити на час місячника оздоровної кампанії такі додаткові надвишки:

а) на квитки до постійних театрів, цирків та інших видовищних підприємств (крім кіна), а також до прилюдних перегонів та скачок 10% вартости квитків;

б) на рахунки ресторанів та буфетів, які торгують спиртовими напоями після 8 годин вечора, 10%;

в) на вартість всіх операцій в перукарнях, (опріч стриження, гоління та миття голови) — 10%;

г) на парфумерні вироби 2, 3 та 4 категорії (крім виробів для гігієни) — 10%.

3) Кошти, зібрані з вищезазначених джерел, підчас місячника дитячої оздоровної кампанії надходять до розпорядження міськрад, виділених в окремі адміністративно-господарські одиниці, та РВК, кому належить, які їх витрачають: 50% на різні оздоровні заходи для немовлят, дітей шкільного віку та підлітків і 50% на поширення мережі дитсадків та оздоровні заходи для дітей дошкільного віку.

(*Оригінал за належним підписом:*)

За культурний шахтарський гуртожиток

ДО ВСІХ МЕДРОБІТНИКІВ ДОНБАСУ

(*Відозва НКОЗ УСРР та ВУК'у Медсанпраці*)

У справі здійснення березневої постанови ЦК КП(б)У про поліпшення матеріяльно-побутових умов гірників велику ролю відограла активна участь медробітників Донбасу, які протягом досить короткого терміну під проводом бригад, організованих НКЗдоров'ям та ВУК'ом Медсанпраці, — перевели значну роботу щодо оздоровлення робітничих гуртожитків, організації лазнево-пральнево-дезінфекційної справи, покращення робітничого харчування, поліпшення санітарного стану робітничих селищ тощо.

Найважливішим завданням теперішного часу є поглибити розпочату в Донбасі культурно-побутову роботу й закріпити ті досягнення в галузі оздоровлення робітничого побуту, що ми їх тепер маємо по гірничих районах.

За один із важливіших заходів, спрямованих на закріплення та дальший розвиток культурно-побутової роботи у Донбасі, — слід вважати переведення походу за культурний шахтарський гуртожиток, оголошеного недавно Оргбюро ВЦРПС та ЦК Спілки робітників кам'яно-вугільної промисловости.

Цей похід в основному спрямований на те, щоб піднести культурний рівень робітника-шахтаря, усунути з робітничого житла всі ті моменти, що сприяють погіршенню санітарних умов та приділити окрему увагу культурно та професійно-освітньому обслуговуванню робітників, що знову надходять на виробництво.

Цілком зрозуміло, що завдання цього культпоходу дуже близько стикаються з інтересами оздоровної та санітарно-побутової діяльности, оскільки й очистка території робітничих селищ, і обладнання робітничих гуртожитків, і дальше налагодження громадського харчування та інші питання, що їх накреслено охопити підчас згаданого походу, — являють собою окремі частини тієї оздоровної роботи, яку передбачено березневою постановою ЦК КП(б)У, та що її провадить медико-санітарна організація Донбасу.

Виходячи з цього, Народній Комісаріят Охорони Здоров'я УСРР та Всеукраїнський Комітет спілки Медсанпраці звертаються до веіх медробітників Донбасу з закликом взяти найактивнішу участь у переведенні утворюваного зараз походу за культурний шахтарський гуртожиток. Як окремі завдання, що в їх розв'язанії підчас походу повинен відограти видатну ролю наш медико-санітарний актив, — НКОЗ та ВУК МСПраці висувать такі:

1. Закріпити та далі розвивати заходи щодо поліпшення доброустрою та санітарного впорядкування робітничих гуртожитків, забезпечуючи в цій галузі відповідну контролю роботи господарчих органів, провадячи потрібну санітарно-виховну роботу поміж самих мешканців гуртожитків і користуючи для цього з системи постійного прикріплення медробітників до окремих невеликих груп, гуртожитків, з тим, щоб жодного гуртожитку не залишалося поза доглядом та обслуговуванням медробітників.

2. Продовжити та поширити роботу щодо організації пралень так селищних, як і по окремих гуртожитках, устатковувати дезінсектори і впорядковувати копальняні лазні. Організувати систематичне дезінсекційне обслуговування житлових приміщень і забезпечення безперебійної роботи знову збудованих дезінсекторів.

3. Закінчити очистку території робітничих селищ під гаслом місячника чистоти і переведення заходів, спрямованих на те, щоб не припускати нового засмічення залюднених пунктів, а саме: організацією регулярного вивозу покидів, збільшенням асенізаційних валок, ремонтом сміттьових скриньок та відхідників (разом з устаткуванням потрібної кількости нових) тощо.

4. Розгорнути широку саносвітню роботу, притягнувши до неї ввесь медичний персонал під гаслом оздоровлення побуту, боротьби за чистоту тощо. Організувати робітничий актив навколо питань громадського харчування, боротьби з алькоголізмом, боротьби за покращання санітарного стану гуртожитків. Втілювати методи соцзмагання в справі упорядкування робітничих житлів і усунення бруду та неохайности, закріплення вже досягнених поліпшень.

5. Організувати систематичну боротьбу із симуляцією, як з одною з характерних ознак некультурности, піяцтва й несвідомого ставлення до виконання промфінпляну. Притягти до цієї роботи ввесь мед.-санактив.

6. Розвинути на ґрунті постанови ЦК КП(б)У з 14 березня ц. р. заходи щодо охорони материнства та дитинства, що дає змогу жінці дбати за піднесення свого культурного рівня.

7. Підвищити санстан лік. санзакладів, перетворюючи їх на установи, що своєю чистотою, впорядкуванням, загальним виглядом повинні стати зразками належного утримування робітничих гуртожитків, їдалень, клюбів та інших закладів гром. користування.

8. Висуваючи ці питання, що за розв'язання їх підчас походу повинна подбати медична громадськість, Наркомздоров'я та ВУК МСПраці цілком впевнені в тому, що всі медичні робітники Донбасу ввійдуть до лав учасників походу за культурний гуртожиток і своєю активною працею сприятимуть здійсненню заходів, передбачених постановою ЦК КП(б)У й спрямованих на поліпшення культурно-побутових умов робітництва вугільної промисловости.

20 квітня 1931 р.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

ВУК МСПраці **Рога**

Місячник чистоти і охорона здоров'я дітей

До всіх райвиконкомів (РЗІ, лікарям ОЗДП, інспекторам наросвіти). До всіх міськрад (секції охорони здоров'я, лікарям ОЗДП, секціям наросвіти) Копія до НКОЗ АМСРР, уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового, Медсанупрам Тракторобуду та Дніпрельстану

З початку квітня б. р. за постановою РНК УСРР, переводиться „місячник чистоти“. Шкільно-санітарній та педагогічній організації потрібно увімкнутися в переведення цієї кампанії. Для цього Вам слід увійти до складу райштабу місячника та вжити по всіх учбово-виховавчих установах таких заходів:

1. По кожній окремій учбово-виховній установі (дитсадок, школа, дитбудинок, гуртожиток для підлітків, ФЗУ, майстерні та клюби Ю.П.) утворити бригаду в складі: представника адміністрації, лікаря ОЗД, а там, де такого нема — санлікаря (гол. комісії), представника диторганізації, представника комсприяння або робітничої шефської організації. Цій бригаді перевірити та виправити всі недоліки санітарного стану установи, накреслити конкретний плян заходів до закріплення досягнутого та дальшого покращання санітарно-гігієнічних умов життя та праці дітей та підлітків.

2. Для успішного переведення місячника, слід використати дитячу активність, зорганізувавши, через піонерорганізації та дитсанорганізації, ударні бригади з дитячого активу для допомоги в роботі щодо запровадження санзаходів в житті установи.

У роботі бригад треба застосувати методи соцзмагання та ударництва.

Протягом місячника належить посилити саносвітню роботу з дітьми та підлітками та приділити увагу особистій гігієні учнів. Треба утворити по дитустановах осередки УЧХ та гуртки першої допомоги.

Місячник слід закінчити скликанням районової дитячої конференції, на якій бажано дати переходові призи найкращим, щодо переведення місячника, дитустановам.

3. Підчас місячника треба підсилити саносвітню роботу серед батьків учнів. Слід організувати саносвітній семінар для техробітників дитустанов, використавши для цього лікарські та педагогічні сили району.

4. Зведені акти обслідунання дитустанов протягом місячника надішліть до НКОЗ, вказавши кількість дорослого та дитячого активу, втягнутого в санроботу та конкретні досягнення підчас місячника щодо запровадження санмінімуму в дитустановах.

5. Пам'ятаючи, що оздоровлення побуту є запорука успішного виконання завдань третього вирішального року п'ятирічки — кампанію слід переводити під гаслами боротьби за дитсанмінімум та ліквідацію санітарної неписьменности серед населення.

Заст. Наркомосвіти **Канцелярський**

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

(Об. розп. НКОЗ з 28 квітня 1931 р. ч. 16-34-510).

I. Політика охорони здоров'я, питання організації та управління

О. О. Єфімов

Підсумки та перспективи роботи на оздоровлення побутових умов гірників Донбасу

Уже більш місяця минуло з того часу, як Центральний Комітет КП(б)У ухвалив свою постанову про поліпшення матеріяльно-побутових умов гірників. Можна вже та цілком доречно скласти деякі підсумки роботи, що її виконали за цей час місцеві органи охорони здоров'я, а також бриґади, які відрядив до Донбасу Наркомздоров'я.

Перших днів після оголошення постанови ЦК місцеві керівники охорони здоров'я й медико-сантіарна суспільність, видимо, недооцінили величезного принципіяльного та практичного значення директиви про оздоровлення побуту гірників; не взяли вони на увагу, що основний зміст згаданої постанови ЦК полягає саме в максимально-швидкому здійсненні низки звичайнісіньких заходів; не врахували вони й того, що ця постанова сама собою відкриває такі перспективи та можливості в справі оздоровлення Донбасу, що їх органи здоров'я ніколи ще в себе не мали.

Уже перша перевірка реалізації постанови ЦК, яку (перевірку) провели другої половини березня місяця, довела, що, наприклад, на Сталінщині протягом перших 6 — 7 днів обмежилися тільки тим, що скликали пленум секції охорони здоров'я, ухвалили низку постанов та провели традиційні обслідування санітарного стану гуртожитків. Практичних же заходів не розпочали, а утворений при секції охорони здоров'я „штаб“ реалізації постанови ЦК не спромігся швидко та рішуче перемкнути увагу місцевої медсанорганізації на санітарно-побутову роботу.

Майже таку саму картину знайшли ми й в Макіївці та інших найбільших гірно-промислових районах. Як винятково огидливе явище, треба відмітити те, що навіть у поточній роботі більшости медико-санітарних установ не відобразилася постанова ЦК, а санітарний стан найбільших поліклінік м.м. Сталіна, Горловки, на копальні „Ветка“ було знайдено в надто кепському вигляді. За таких умов ці установи не тільки не виявляли властивого їм культурно-виховного діяння на робітничу масу й на місцеві організації, а навпаки, вони правили за приклад того, до якого занепаду можна довести установу, що її адміністрація цілком іґнорує елементарні вимоги чистоти й охайности.

Не в кращому стані знайшли ми й внутрішню організацію роботи цих поліклінік, причому особливо вражала відсутність найзвичайніших раціоналізаційних заходів. Ось, наприклад, у сталінській поліклініці робітники вичікують прийому протягом 5 — 6 годин, а нікому не припало не думку встановити такий порядок прийому, щоб робітник точно знав, на який час повинен він з'явитися до лікаря і не губив би силу часу на чекання біля дверей лікарського кабінету. У Горлівській поліклініці спостерігли ми такий випадок: жінка з немовлятком за запискою реєстратури з'явилася до поліклініки до початку прийому; у поліклініці примусили її чекати аж до першої години дня, а потім... запропонували з'явитися на другий день.

Довелося, щоб знищити такі огидливі явища, вжити низки досить жорстких організаційних та адміністративних заходів відносно адміністрації згаданих установ та різко поставити питання, що за наявности жахливого бруду в лікувальних установах неможна вимагати від робітника, щоб він дбав про чистоту в свойому гуртожиткові, що довгочасне витримування робітників у чергах на прийом до лікаря — є недозволене порушення директиви ЦК, яка містить у собі саме поліпшення побутових умов та усунення плинности гірняцької маси.

Маючи на меті посилити практичну роботу, скеровану на поліпшення обладнання та санітарного стану робітничих гуртожитків, на утворення досить широкої мережі прален і дезінфекційних установ, на те, щоб впорядкувати громадське харчування та здійснити решту заходів, що їх передбачає постанова ЦК, — Наркомздоров'я мобілізував та відрядив до вугільних районів Донбасу понад 30 найактивніших робітників м. Харкова (в тому числі чимало робітників апарату НКОЗ) та інших великих міст, водночас перекинувши значні кадри лікарів із райцентрів Донбасу на тимчасову роботу саме в робітничих селищах. Це дало змогу при кожному шахтоуправлінні й на кожну окрему шахту виділити спеціяльного відповідального уповноваженого, який і собі теж видібрав із місцевих медробітників активніших товаришів, прикріпивши кожного з них до окремих невеликих груп гуртожитків, до робітничих їдалень, а також інших об'єктів, що вимагали до себе певної уваги. Спеціяльні районові уповноважені (переважно з харківських робітників) здійснювали керівництво всіма місцевими уповноваженими, маючи зв'язок із районовими партійними, професійними та іншими організаціями, натискуючи на господарчі організації в разі на місцях не вдавалося обстояти запровадження тих або інших заходів. Керівництво діяльністю райуповноважених Наркоздоров'я зосередив у трьох міжрайонних центрах вугільної промисловости — Сталіні, Горлівці та Кадіївці.

Отже, правильно розташувавши сили поряд широкого притягування до роботи місцевого активу медробітників та встановивши найкоротші суворі терміни на виконання окремих заходів, ми домоглися різкого перелому в практичній роботі щодо реалізації постанови ЦК. На середину ж квітня в усіх вугільних районах намітилося по всіх без винятку групах безперечне зрушення санітарно-побутових заходів. Практичні підсумки виконаної за цей час роботи полягають в основному ось у чому: майже в усіх селищах закінчили побілку та дрібний ремонт гуртожитків; утворено ряд показових гуртожитків; розширено штат допоміжного персоналу й комендантів; поповнено обладнання твердим інвентарем (забезпечення гуртожитків постільною білизною ще й досі надто недостатнє). Численні обслідування довели ще, що чимало бракує натільної білизни; доречі, треба підкреслити, що поряд недостатнього завозу білизни, спостережено ще значні викривлення в справі розподілу наявних ресурсів (наприклад, робітникам, що не здійснюють цілком виходів на роботу, видавали білизну раніше, аніж ударникам; були окремі випадки розподілу між робітниками маломірної дитячої білизни). Що ж до дезінфекційної обробки одежі та білизни та дезінсекції самих приміщень гуртожитків, то це виконано по окремих селищах у межах 60 — 100%.

Влаштуванню при гуртожитках та лазнях дезінсекторів було на перешкоді те, що рекомендований свого часу основний тип дезінсектора за проектом інженера Розанова був порівняно складний і дорогий для масового розповсюдження. Проте, в більшості робітничих селищ дезінсектори різних типів вже збудовано й працюють вони або ж збудування їх закін-

чується. Питання щодо влаштування пралень, яких до постанови ЦК Донбас майже не мав, — тепер розв'язується більш-менш задовільно. Утворюються внутрішні пральні при гуртожитках, або будують централізовані селищні пральні спрощеного типу. Зроблено чимало в справі поліпшення лазневого обслуговування: ремонтуються та дообладнуються лазні, що є тепер, відновлюється їхня перепускова спроможність, де її за існуючої системою не додержували; лазні забезпечено додатковим допоміжним персоналом, встановлено та розширено сушарні для спецодягу тощо. Спочатку чимало гальмувало справу повільне постачання Донбасу примітивних лазневих установок, що їх виготовлюють в Дніпропетровському та Запоріжжі (це так звані лазнево-пральні загони), те, що відповідні заводи загаювали випуск цих установок. На теперішній час вже виготовлено та напрямлено в Донбас близько 60 лазнево-пральних загонів; і тепер основне завдання полягає в тім, щоб оці загони скрізь забезпечували потрібними приміщеннями та допоміжним персоналом.

Тепер щодо правильної організації громадського харчування. Тут силами спеціяльних бриґад, що їх відрядив ЦК партії, а також тих, що працювали лінією Наркомздоров'я, пощастило домогтися значних поліпшень у тому розумінні, що громадські їдальні приведено в належний санітарний стан; там цілком ліквідовано самообслуговування; їдальні дообладнано потрібним інвентарем і посудом, значно скорочено черги й час чекання на обід; організовано додаткові розподільники та їдальні при гуртожитках; робітникам видають підчас спускання в шахту сніданки.

У галузі поліпшення загально-санітарного стану робітничих гуртожитків натиснули досить енерґійно, очистивши залюднені пункти від величезних покладів сміття і покидьків, відремонтувавши та збільшивши кількість сміттьових скринь, відхідників тощо. У ряді селищ цю роботу вже закінчено, в інших місцях її провадять і тепер під гаслом місячника чистоти та закінчують на кінець квітня.

У частині заходів щодо охматдиту, передбачених постановою ЦК, — основну увагу бриґади скерували на забезпечення нових ясел потрібними приміщеннями (у багатьох шахтах такі приміщення вже виділено). Щоб забезпечити організацію вечірніх ясел при клубах і палацах культури, розіслано через ВУК спілки вугільних робітників усім рудкомам директиви про те, щоб потрібні для цього приміщення було обов'язково виділено.

З моменту видання постанови ЦК значно зросла кількість підземних пунктів першої допомоги. Проте, треба зазначити, що до утворення цих пунктів подекуди на місцях підходили надто формально, не вивчивши досить місцевих особливостей тої або іншої шахти. У наслідок розташували пункти в шахтах в окремих випадках невдало, а це звичайно призводило до надто незначного звертання на такі пункти.

У низці районів (зокрема Кадіївської групи) провели досить значну роботу в справі організації курсів для робітників гуртожитків та установ загального користування (мова мовиться про персонал їдалень і лазень, комендантів гуртожитків тощо). При гуртожитках майже скрізь утворено первісний громадський актив — санітарних старост або санітарні трійки, що їх виділяють самі пожильці певного гуртожитку. Оцей актив загалом працює під керівництвом прикріпленого медробітника. Якщо скласти підсумки перелічених заходів, то треба буле визнати, що органи здоровоохорони зробили чимало на реалізацію березневої постанови ЦК КП(б)У. За основну та нагальну задачу є натепер всебічне закріплення досягнених результатів, ще далі розвинути ще не закінчені заходи та утворити на-

слідування в роботі між бриґадами Наркомздоров'я, яких відкликають на їхню звичайну роботу й тим медсанактивом, що лишається на місці й продовжуватиме розпочату роботу. Не закріпивши вже виконаної роботи, не утворивши міцного активу, спроможного продовжувати розпочату справу ми не зміцнимо тих досягнень, що ми їх домоглися в наслідок великих зусиль; досягнення безперечно можуть регресувати; перші ознаки такого регресу намічаються на деяких дільницях уже тепер у вигляді нового погіршення санітарного стану робітничих гуртожитків, безладного накопичення сміття на вулицях та в селищних садибах, бездіяльности знов збудованих дезинсекційних споруджень тощо. За один, із основних засобів дальшого розвитку досягненого мінімуму санітарно-побутових заходів мусить правити система уповноважених, відповідальних за стан кожного окремого селища й шахтоуправління, за одночасного залишення ін-ту осіб, прикріплених до окремих груп гуртожитків, їдалень тощо. Роботу цих місцевих уповноважених повинні систематично перевіряти представники відповідних секцій охорони здоров'я та райздоровінспектори. По районових і міських центрах мусять існувати спеціальні керівні осередки з належними повноваженнями, які (осередки) погоджували та пов'язували б усю роботу з професійними, радянськими та іншими організаціями, впливаючи відповідним чином на установи та осіб, що проявлятимуть демобілізаційні настрої, недооцінюючи значення санітарно-побутової роботи. Ролю такого осередку може цілком й успішно виконати районна або міська надзвичайна комісія в справі боротьби з епідеміями, що має в своюму складі представників всіх заінтересованих організацій та що має потрібні засоби впливу. Щоб далі успішно просувати роботу, треба всім уповноваженим, відрядженим із великих та районних центрів, і надалі зберігти зв'язок з тими районами, де вони працювали. Зв'язок цей може й повинен здійснюватися через періодичні виїзди (1 раз на 2 — 3 місяці — для мобілізованих із великих центрів, а 1 раз на 5 — 10 днів — для робітників, що постійно працюють в райцентрі) — відповідних уповноважених на місцях для перевірки діяльности місцевих робітників по окремих робітничих селищах і шахтоуправліннях.

Наркомздоров'я й собі до кожного з промислових районів Донбасу прикріплює для постійного обслуговування та контролювання санітарно-побутової роботи відповідальних робітників апарату, доручаючи їм стежити, як фактично здійснюють систему (її викладено в цій статті), скеровану на забезпечення систематичного запровадження заходів, що їх передбачено в постанові ЦК.

Щоб обов'язково реалізувати всі санітарно-побутові заходи та утворити на здійснення їх певну правну базу, — треба вже тепер через президії міськрад і райвиконкомів перевести та видати спеціяльні обов'язкові постанови, що регламентують певний санітарний мінімум для окремих об'єктів і заходів (наприклад — в частині обладнання та утримування гуртожитків, лазень, прален, їдалень, обов'язкової санітарної обробки нових кадрів робсили, регулярної періодичної дезінсекції робітничих гуртожитків тощо).

Саме тепер Наркомздоров'я розроблює й найближчим часом, погодивши справу з Головкомгоспом та Головміліцією, подасть місцям типові проєкти таких обов'язкових постанов.

Нарешті, величезне значення в справі стійкого закріплення санітарно-побутових заходів матимуть такі моменти, як широке розвинення санітарно-освітньої та виховної роботи, що її провадить медперсонал серед гірників, утворення міцного громадського активу (комісії сприяння гро-

мадському харчуванню, сантрійки при гуртожитках та інш.), запровадження конкурсів на кращу казарму, утворення спеціяльних курсів для всього допоміжного персоналу їдалень, гуртожитків та інш.

Ямщо систематично проведемо всі перелічені заходи, ми безперечно спроможемося не тільки закріпити вже виконану роботу, але й значно розширити ввесь обсяг оздоровних і санітарно-побутових заходів.

Аджеж в цьому однаковою мірою заінтересовані так органи охорони здоров'я, як і вся радянська суспільність у цілому, бо від поліпшення побутових умов гірників значною мірою залежить також усунути плинність робітної сили та виконати промфінплян вугільної промисловости.

Б. А. Бендерська

Охматдит на нових шляхах

На органи охорони здоров'я в галузі охорони материнства та молодшого дитинства на теперішню добу соціялістичного наступу 3 року 5-річки покладаються величезні завдання. Втягнення великих кіл жіноцтва до виробництва вимагає кількісного зростання мережі ясел, але не менше уваги треба віддати якісній роботі ясел, щоб вони своєю доброякісною, гігієнічно-виховною роботою з дітьми не тільки звільнили жінку від зайвих турбот для участи у виробництві, але стали водночас справді могутнім засобом боротьби з прогулами жінок (тут мова йде й про боротьбу з інфекційними захоруваннями в яслах). Поліпшити якість виховної роботи-продовжити робітний день в яслах, маючи також на меті втягнути жінку, робітницю в громадську роботу, надати їй потрібний відпочинок, є теж чимале завдання ясел, що підвищить продуктивність праці жінок. Такі самі завдання мають безперечно також і ясла соц. сектора села.

Досвід роботи ясел минулого року в соцсекторі села довів, що диференціяція праці в колгоспах не дає можливости правлінню колгоспу виконати наші вимоги залишати матерів, що годують грудьми дітей, на роботі близько ясел. Тому ми мали або неправильний догляд грудних дітей на полі, або (коли матір залишала дитину в яслах) передчасне відлучення від грудного годування. Виробничі умови колгоспів вимагають від нас — робітників охматдиту — ставити питання про розгорнення в соц. секторі села нової форми роботи — пересувних (так званих польових) ясел на полі. Ось тоді наші ясла саме здійснять одне з завдань — допомагати колгоспам щодо виконання їхнього виробничого пляну. Нові форми роботи ясел — пересувні ясла — вимагають відповідної своєчасної інструкції щодо організації, устаткування та роботи в них. Ясла треба відкривати там, де на полі робить не менш 20—30 жінок, що годують дітей грудьми.

Тепер — щодо консультацій. Останні вже тепер повинні провадити підготовну роботу для переходу на диспансерні форми роботи, стаючи дійсно частиною єдиного диспансеру, провадячи облік жінок і дитячого населення до 7 років, зосереджуючи в консультації всю лікувально-профілактичну й соц. допомогу й ліквідуючи той прорив, що є в профілактичній роботі консультації, особливо міських. Треба вже тепер по всіх районових центрах у консультаціях розгорнути педологічні кабінети, маючи на меті налагодити виховання дитини в сім'ї, педологізувати широкі маси робітничого населення. Консультації повинні на основі обліку перейти на плянові рейки роботи, так само й на плянову диспансеризацію основних груп жінок і дітей робітничого й колективізованого сільського

населення, віддаючи в основному свою увагу, сили й засоби для правильного обслуговування їх.

Пологову та абортну допомогу треба розгорнути й роботу свою поставити, маючи перед собою ту саму мету й завдання, що й обслуговування решти робітництва, прагнучи піднести продукційність праці жінки, особливо ж якнайкраще обслужити жінку-ударницю.

Оцей, можна певно сказати, революційний зворот у всій нашій роботі охматдиту вимагає невідкладного революційного перевиховання робітників-охмадитників, перебудову нас самих.

Тимчасом, стан охматдиту на місцях викликає тривогу. Це довели дані й матеріяли конференції, що їх провів Київський інститут охматдиту на переферії. Немає ще потрібного зламу: лікарі працюють по старому, прагнучи здійснювати старі зрівнювальні гасла „допомагати всім". Адже ж це значить не задовольняти основних груп і фактично не мати будякої ефективности в роботі.

Якщо досі, наприклад, лікар районової консультації приймає тільки дітей і жінок районового центру, дуже часто міщанського, а на села в колгоспи виїжджає за викликами тільки на тяжкі захворування, якщо шкільний лікар досі обслуговує 7-8 тисяч шкільників і не виділив обслуговування певних груп дитячого населення, якщо сільські лікарі й лікарі великих міських консультацій досі не мають точного чіткого, з клясового погляду, пляну роботи, якщо соціялістичних форм роботи (соцзмагання, ударництва) не провадиться та охматдитську роботу надто мало наближено до обслуговування виробництва,— то все це каже нам, що багато з наших робітників мабуть прогавили перспективи в роботі, прогавили основні процеси в нашій країні.

Отже, у таких умовах лікарі сільських консультацій повинні вміти виділити ударні групи дітей і жінок для обслуговування, а ударні питання — для розв'язання в свойому районі справи охорони здоров'я дітей і жінок. Що ж до різних балачок про неможливість плянувати роботу в умовах сільського району за одного лікаря в консультації, а через те й про відсутність ефективности в роботі й відповідальности за неї в умовах 3-го вирішального року, — то це є опортунізм.

Треба в роботі консультацій, майбутніх відділів єдиного диспансеру, нагально намітити точно район обслуговування, свій плян обслуговування (кількість дітей, жінок, вік, певні групи захворування, боротьба з інфекційними захворуваннями й т. інш.), зазначивши точно, якій групі, яким розміром можна й треба надавати лікувально-профілактичну й соціяльну допомогу, установити зв'язок з підприємствами або колгоспами, ввести в свою роботу соціялістичні форми праці — соцзмагання, ударництво, розгорнути нові форми сан.-освіт. роботи.

Ця своєчасна перебудова роботи консультацій, та ясел дасть останнім змогу виконати ще одне з важливих своїх завдань,—працювати в галузі підготови середніх медичних і виховних кадрів на місці так безпосередньо для своїх потреб, як і для ближчих установ, вживаючи методи практикантства або школи на самому виробництві, установи тощо.

Охматдитробітники повинні опрацьовувати та вивчати бюлетені Наркомздоров'я, які останнім часом стали за цінні методичні та інструктивні матеріяли для місцевих робітників. Цього тепер не роблять, а це повинно бути, тому що на периферії іноді робітники бажають, але не знають, отже и не вміють провадити роботу по новому. Наукові інститути й собі теж повинні широко допомагати периферії так методично, як і в справі підвищення кваліфікації периферійних робітників.

В установах здоровоохорони, як і по всіх галузях нашого господарства потрібний ентузіязм у роботі, потрібно велике напруження в виконанні наших завдань для виробництва — все для 3-го вирішального року п'ятирічки.

Робітники охорони материнства та дитинства повинні стати в авангарді, як основні робітники здоровоохорони в перебудові побуту.

Всю роботу установ треба скерувати на допомогу радянській країні в виконанні п'ятирічки в 4 роки.

До нових шляхів роботи в здоровоохороні, зокрема в галузі охматдиту, треба йти дійсно соціялістичними темпами.

Л. А. Гельфанд

Справа 20.000 медробітників периферії

(Пошто-абонемент центральної книжкової бази)

Уже рік існує наша центральна науково-книжкова база, що утворення її давно вже вимагали периферійні робітники. Ці вимоги лунали на з'їздах, ми чули їх підчас численних розмов з медробітниками, чимало читали про це у пресі. Периферійним медробітникам бракує елементарного робочого знаряддя, так само потрібного, як стетоскоп або ланцет, — медичної книги. Без медичної книги знижується якість роботи медробітника, вкорінюється вузький практицизм, загрожує відрив від загальної боротьби за соціялістичну здоровоохорону країни, неможливе матеріялістичне розуміння її змісту, зникають перспективи самовдосконалення, природне прагнення розширити кругогляд.

І от, утворення в Харкові наприкінці 1929 року Української державної медичної бібліотеки—наблизило реалізацію ідеї постачання медробітників потрібною їм літературою. Майже водночас було при УДМБ відкрито центральну науково-книжкову базу НКОЗ і ВУК МСТ. Основне завдання бази — надсилати почтою на достатній термін лікарям, фармацевтам, лікпомам і іншим медробітникам УСРР радянські й частково чужоземні книги й журнали з питань медицини, біології й матеріялістичного розуміння медицини. Протягом минулого року оформлявся й зростав книжковий фонд бази, використовувалося для багатьох її читачів велике книгосховище Укр. державної медичної бібліотеки. Бібліографічно-консультаційне бюро, що є при УДМБ, поширило через базу свою роботу на медробітників периферії, складаючи на їхні замовлення списки літератури з різних тем.

Проте, цього недосить, бо надто мало медробітників записалися до абонентів бази, хоч для цього забезпечено найсприятливіші умови: користування з книги і консультації безплатні, все пересилання від бази до читачів сплачує база.

Нарада, що відбулася в січні поточного року при ВУК спілки Медсантруд, дала нові форми роботи щодо пропаганди постачання книжок периферії: а) кожному інструкторові ВУК доручає завербувати підчас кожного виїзду нових читачів; б) робітники бази частіше відвідують периферію; в) у лекціях усіх заочних курсів друкуються вказівки на літературу бази; г) база тримає органічний зв'язок з інститутом удосконалення лікарів; д) в усіх меджурналах база вміщує статті про свою роботу. Ці заходи безперечно сприятимуть збільшенню числа абонентів бази.

База вважає за обов'язкове для себе завдання притягти та обслуговувати не лише індивідуальних читачів, але також і цілі колективи читачів. Щодо колективів, то вони матимуть пільги щодо терміну користування, позачергового задоволення їхніх вимог і замовлень до книгокомплектування, більшого використання для них основного фонду Укр. державної медичної бібліотеки. Саме в колективах є сприятливий ґрунт для розвинення культшефства медробітників вищої кваліфікації над молодшими, для спільного опрацювання наукових проблем; тут саме можна більше використовувати книги бази, здешевити книжкове обслуговування. Колективи, мінімум з 5 медробітників кожний, можна організувати так у межах установи, як і для групи суміжних медустанов.

База має в своїй програмі обслуговувати й цілі установи. Забезпечити ці установи на певний термін старанно підібраними бібліотечками із основних загальних і спеціяльних тем здоровоохорони організувати пересувні бібліотечки, що циркулюватимуть між установами з однаковими запитами й потребами щодо книжок — ось перші форми такої роботи.

Декілька слів про участь книжкової бази в загальній роботі щодо підвищення кваліфікації медробітників. Широко накреслені в статті Наркома тов. Канторовіча („Шляхи підготовки медичних кадрів" бюл. НКОЗ 1931 р', № 2-3) перспективи позавишівського навчання медробітників значною мірою можливі за умов достатнього забезпечення такого

навчання науковою літературою. Найближчі форми цієї роботи: відкривати для курсів при медустановах і філіялів інститутів удосконалення лікарів — довготермінові колективні абонементи, забезпечувати книжками місцеві заходи підготовки екстернів та інтернів, надсилати абонентам літературу за програмами заочних курсів — звичайно, ці заходи треба обов'язково пильно й зграйно пристосувати до термінів календарних плянів занять усіх систем підготовки.

Дедалі, то більше місця в роботі з периферією має забрати бібліографічна консультація та бібліографічна довідка, яко постійний супутник книгопостачальної роботи. На помітному місці стоїть справа комплексної консультації міських бюр інститутів удосконалення лікарів, медичних товариств тощо. Цю роботу база теж вважає за невідійману частину своєї діяльности.

Виконати в маштабі УСРР оці всі завдання не по силі навіть значно міцнішій організації, ніж наша центральна науково-книжкова база (в її теперішньому стані). Чимала робота припаде (і мусить припасти) на периферійні відділи державних медичних бібліотек — Київської, Одеської, Дніпропетровської й Сталінської — кожна з них для певної частини УСРР. Отже, передаючи вищезгаданим державним медичним бібліотекам максимум завдань обслуговувати книгопостачанням територію, залишаючи за собою лише координацію й доповнення їхньої роботи, ЦНКБ має то більше можливостей охопити своїми книжковими фондами периферійних читачів, переважно на лівобережжі, встановити з багатьма районами живий зв'язок, систематично туди виїжджаючи. Спільно з периферійними філіями державної медичної бібліотеки, ЦКНБ обслуговуватиме комплексно кампанії здоровоохорони, даючи периферії літературу з питань диспансеризації, охорони здоров'я робітників, за темами найближчого з'їзду — за календарем з'їздів. Розширюючи свою матеріяльну книжкову базу, завойовуючи водночас дедалі все ширшу медробітницьку читательську авдиторію, за спільної допомоги та сприяння від маси на периферії, ЦНКБ виконає своє велике завдання систематично озброювати широкі маси медробітників ґрунтовними й доброякісними знаннями в галузі охорони здоров'я саме так, як цього вимагає наша доба соціялістичного наступу, в якій медробітникам приділено певне відповідальне місце.

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. ФІНАНСИ.

Про робітний день медсанробітників

(Із постанови НКПраці СРСР з 10 січня 1931 р.)

А. Медичні лікарі. Нормальний робітний день $6^1/_2$ год.

Скорочений робітний день мають медичні лікарі таких установ:

1) санаторій, лікарень і відділків лікарень для хворих з відкритими формами туберкульози й для ліжкових туберкульозних хворих—6 годин:

2) лікарень, відділків лікарень і бараків для заразливих хворих—6 годин;

3) психіятричних установ і лікарень—за умови безпосереднього обслуговування хворих—6 годин:

4) поправних будинків, місць ув'язнення, прийомних покоїв міліції і витверезувачів—6 годин;

5) амбуляторій, поліклінік, диспансерів і дитячих консультацій—за умови роботи саме в амбуляторному прийомі—$5^1/_2$ годин:

6) бюро лікарської експертизи й лікарсько-контрольних комісій—4години:

7) анатомічних інститутів і кабінетів—за умови роботи саме в прозекторських—4 години:

8) рентгенівських інститутів і кабінетів—за умови перебування протягом усього часу в сфері діяння рентгенівського проміння—4 години:

9) радіоінститутів, кабінетів і лябораторій на ті випадки, що робота пов'язана з перебуванням протягом всього робітничого часу в сфері діяння радія—4 години.

Ненормований робітний день мають:

1) завідателі груп установ і цілих установ (у тому числі й лікарень), їхні заступники й помічники, завідателі, головні лікарі, директори і т. інш.:

2) завідателі дільниць;

3) санітарні лікарі й санітарні іспектори,

4) епідемічні лікарі;

5) судово-медичні експерти.

Б. Середній медичний персонал.

(лікарські помічники, фельдшери, фельдшериці, акушорки, медичні брати та сестри, віспощепії, ляборанти, препаратори й масажісти-ки).

Нормальний робітний день — $6^1/_2$ годин.

8-годинний робітний день має середній медичний персонал таких установ;

1) санаторій і будинків відпочинку;

2) лікарень для хроніків;

3) будинків для інвалідів і будинків догляду (богаділень)

4) молочних кухонь;

5) пунктів першої допомоги, крім тих, що обслуговують підприємства (на пунктах першої допомоги, що обслуговують підприємства, робітний день триває $6^1/_2$ годин).

7-годинний робітний день має середній медичний персонал ясел (незалежно від того, де є яслі).

Скорочений робітний день має середній медичний персонал таких установ:

1) санаторій, лікарень і відділків лікарень для хворих з відкритими формами туберкульози й для ліжкових туберкульозних хворих—6 годин;

2) лікарень, відділків лікарень і бараків для заразливих хворих—6 годин;

3) психіятричних установ і лікарень—за умови безпосереднього обслуговування хворих—6 годин;

4) поправних будинків, місць ув'язнення, прийомних покоїв міліції і витверезувачів—6 годин;

5) амбулаторій (лікарські помічники за умови самостійної роботи саме в амбуляторному прийомі)—$5^1/_2$ годин;

6) анатомічних інститутів і кабінетів—за умови роботи саме в прозекторських—4 години;

7) рентгенівських інститутів і кабінетів—за умови перебування протягом всього робітного часу в сфері діяння рентгенівського проміння—4 години;

8) радіоінститутів і кабінетів—на ті випадки, що робота пов'язана з перебуванням протягом всього робітного часу в сфері діяння радія—4 години;

В. Молодший медичний персонал (санітари, доглядачки, няні). Нормальний робітний день—8 годин.

Скорочений робітний день має молодший медичний персонал таких установ:

1) санаторій, лікарень і відділків лікарень для хворих з відкритими формами туберкульози й для ліжкових туберкульозних хворих—6 годин;

2) лікарень, відділків лікарень і бараків для заразливих хворих—6 годин;

3) психіятричних установ і лікарень—за умови безпосереднього обслуговування хворих—6 годин;

4) грязьових і сірчаних ванн (ванщиці, няні)—6 годин;

5) мацестинських сірчановодних ванн (ванщиці, няні)—5 годин;

6) рентгенівських інститутів і кабінетів—за умови перебування протягом всього робітного часу в сфері діяння рентгенівського проміння—4 години;

7) радіоінститутів і кабінетів—на ті випадки, що робота пов'язана з перебуванням протягом усього робітного часу в сфері діяння радія—4 години.

Г. Зубні лікарі

а) Протезисти—$5^1/_2$ год.
б) Ті, що працюють на електричних бормашинах—$5^1/_2$ год.
в) Ті, що працюють на ніжних бормашинах—5 годин.

Д. Зубні техніки—8 годин.

Е. Фармацевтичний персонал аптек.

а) Рецептари, асистенти, ручністи, що зайняті не тільки продажом, ляборанти, контрольори й дефектари—$6^1/_2$ годин:
б) завідателі, їхні заступники і помічники—ненормований робітний день;
в) інший фармацевтичний персонал аптек—8 годин.

Ж. Дезінфектори, дезінструктори, дезсанітари дератизатори—7 годин.

3. Господарчий, допоміжний та обслуговуючий персонал

Завідателі господарства, доглядачі, комірники, кастелянші, економки, сестри-господарки інструктори фізкультури й ремесел, рентгено-техніки, фасовники, судомийки, робітники машинних відділів і пралень, кухарі, кухенні робітники, надвірні робітники, кур'єри, вбиральники-ці й т, інш.). Нормальний робітний день —8 годин.

Скорочений робітний день мають:

1) пралі грязьолікарень (за ручного прання)—7 годин;

2) інструктори фізкультури і ремесел—$6^1/_2$ годин;

3) евакуатори-телефоністи пунктів і станцій швидкої допомоги—$6^1/_2$ годин;

4) кастелянші, вбиральниці, судомийки і сестри-господарки санаторій, лікарень і відділків лікарень для хорих з відкритими формами туберкульози й для ліжкових туберкульозних хворих—6 годин;

5) фасовники і робітники аптечних комір, що зайняті саме розливанням кислоти, формаліну й амоніячного спірту—6 годин;

6) робітники анатомічних інститутів і кабінетів за умови роботи саме в прозекторських—6 годин:

Ненормований робітний день мають:

і) завідателі господарства, їх помічники, доглядачі;

2) інші робітники, якщо їхній робітний час розподіляється на частини невизначеної тривалости (евакуатори на курортах, шофери, фурмани і інш.).

І. Конторський персонал.

а) Секретарі, діловоди, реєстратори, бухгальтери, рахівники, статистики, друкарки й інші робітники конторського персоналу санаторій, будинків відпочинку, лікарень для хроніків, будинків для інвалідів та будинків догляду (богаділень)—8 годин:

б) Касири в установах—$6^1/_2$ годин:

в) касири (зокрема в аптеках)—8 годин.

(Частину постанови щодо розподілу та обліку робітного часу буде надруковано в дальшому ч. бюлетеня).

77. Про посилення раціоналізаційної роботи.

(Лист НКОЗ до всіх райздоровінспекторів, секцій охорони здоров'я та наукових інститутів НКОЗ.)

1. За постановою ЦК ВКП(б) Наркомздоров'я одержав директиву ґрунтовно перебудувати всю практичну роботу в галузі охорони здоров'я, щоб забезпечити по лінії Наркомздоров'я переведення до життя директив партії та виконати нове завдання, що виникає з реконструктивної доби.

Вищезазначене вимагає серед інших заходів у галузі охорони здоров'я, що їх зараз провадить Наркомздоров'я, також обов'язкове переведення широкої раціоналізаційної роботи всієї медико-санітарної справи та щодо окремих виробничих процесів, внутрішньої організації окремих установ системи та техніки їхньої роботи.

2. На Всеукраїнській нараді ОЗІ, МСУ та наукових інститутів 15 — 19 січня 1930 р. було обговорено питання про раціоналізацію медико-санітарної справи на Україні. Було затверджено відповідні тези щодо напрямку раціоналізаційної роботи (бюлетень Наркомздоров'я № 5 1930 р.).

3. 20 вересня 1930 р. Наркомздоров'я видав спеціяльного наказа № 101, де дав певні директиви про утворення спеціяльних осередків бюро раціоналізації, які повинні було розгорнути свою роботу на підставі директиви НК РСІ СРСР від 9 серпня 1928 р- та постанови Колегії НК РСІ СРСР від 21 серпня 1930 р.

4. На превеликий жаль треба зазначити, що керівники місцевих органів в галузі охорони здоров'я та установи охорони здоров'я ще не засвоїли як слід, що раціоналізація повинна зайняти своє місце в системі охорони здоров'я і треба утворити широкий рух навколо питання раціоналізації справи охорони здоров'я-

Треба надалі рішуче розпочати роціоналізаційну роботу, втілити справу раціоналізації, яко функцію, що провадиться систематично й повсякденно на всіх ланках медико-санітарної справи.

5. Керівники органів та установ охорони здоров'я, головні лікарі, директори інститутів—розгорніть як слід раціоналізаційну роботу в галузі Вашої діяльности, притягуйте громадськість до цієї роботи,енергійно сприяйте роботі виробничих нарад, переводьте швидко до життя окремі раціоналізаційні рішення, викликайте на соцзмагання в галузі раціоналізації окремі установи.

Щоб посилити та стимулювати раціоналізаційну ініціятиву робітників медико-санітарних установ, організуйте преміювання та утворіть для цього окремий фонд (згідно з постановою РНК від 27 березня 1927 р.). вживіть конкретних заходів до широкої популяризації серед робітників охорони здоров'я вищезазначену постанову (оголошенно в Зб. Зак. та Розп. Уряду УСРР № 19 від 27 листопада 1929 р.) та рішуче поставте питання дійного преміювання та стимулювання робітників за окремі пропозиції після переведення їх, що сприяють поліпшенню та здешевленню робіт установ охорони здоров'я, налагодьте облік їх пропозицій.

6. На всіх ланках медико-санітарної справи треба утворити бюра раціоналізації (в секціях охорони здоров'я, єдиних диспансерах, при поліклініках, що мають пропускну спроможність до 500 чол. на день при лікарнях, що мають 250 ліжок). На роботу цих установ у галузі раціоналізації треба виділити окремого робітника, не завантаженого ніякою іншою роботою. Лише в крайньому випадкові в установах, де неможна буде виділити зараз окремого робітника тільки для цієї роботи, треба на перший час раціоналізаційні функції покласти на певного робівника й частково розвантажити його від інших функцій.

На чолі бюро раціоналізації повинен бути керівник установи, який відповідає за всю раціоналізаційну роботу установи.

7. 1931 рік повинен бути роком рішучого втілення раціоналізаційної роботи в медико-санітарну справу.

На цей рік всіх місцевим органам у галузі охорони здоров'я та установам охорони здоров'я раціоналізаційній роботі зосередити увагу на таких питаннях:

1) Чітке розмежування функцій між окремими частинами місцевих органів у галузі охорони здоров'я та установами охорони здоров'я і встановлення правильної структури, розподіл функцій між окремими виконавцями, усунення паралелізму, збільшення права та відповідальности робітників.

2) Правильне використання приміщень, розміщення окремих частин та співробітників, що зв'язані між собою в роботі.

3) Раціоналізувати систему загального діловодства, схову паперів та контрольні виконання їх.

4) Раціоналізувати систему регулювання відвідування хворих, ліквідація черг, та плянування потоку відвідувачів (хворих) первісних, повторних, курсових, тощо.

5) Раціоналізувати справу живої та німої довідки щодо обслуговування відвідувачів.

6) Раціоналізувати етапи проходження документів, систему схову їх, видачу довідок. розподіл функцій між робітниками, що працюють над документами (у реєстратурі, кабінеті лікаря тощо).

7) Переглянути операції, що їх виконує лікар, приймаючи хворих, у напрямку максимального звільнення від виконання операцій канцелярського та допоміжного характеру, диференціювати роботу амбуляторного лікаря, забезпечуючи окремо приймання екстрених хворих.

8) Раціоналізувати систему допомоги вдома.

9) Раціоналізувати систему лікпрофобслуговування хворих (загальна допомога, консультація, спеціяльна допомога), порядок обслуговування фізичними методами, діягностично-дослідним обслуговуванням, ляборатори справу, аптечну справу, рентгенодопомогу та систему взаємов'язки між окремими кабінетами та відділами установ охорони здоров'я з дослідними та допоміжними частинами.

10 Запровадження системи диспансеризації та перехід на систему єдиного диспансера (згідно з пляном НКОЗ на 1931 р.)

11) Рац оналізувати порядок надання хворим місць у лікарні та облік їх.

12) Раціоналізувати харчування хворих у стаціонарах (норми харчування, меню, калорійність його, транспортування хорих, здешевлення вартости тощо.

13) Раціоалізувати заповнення ліжок на селі та усунути явища нецілковитого та неправильного використання їх.

14) Раціоналізувати систему вивчення результатів лікування, (ув'язка в цій роботі амбуляторій, поліклінік, диспансерів, стаціонарів тощо).

15) Облік робітного часу персоналу всіх лікпрофустанов.

16) Раціоналізувати господарче та бухгалтерське обслуговування лікпрофустанов (облік медичного та господарчого інвентаря, фінансовий облік та розрахунки з співробітниками, система складання плянів фінансово-матеріяльного постачання та калькуляцій витрат).

Провадячи всі раціоналізаційні заходи, пам'ятайте соціяльно-клясовий принцип обслуговування меддопомогою.

Вищезазначане є основні питання, на яких Вам треба зосередити свою увагу в 1931 р. та скласти конкретний плян роботи на 1931 р. з певним визначенням щодо окремих тем плянів, хто саме виконує цю тему, коли передбачається почати цю тему, коли закінчити й якими методами передбачається провадити раціоналізацію окремих ділянок.

Копію плянів надішліть до НКОЗ.

Звертаю Вашу увагу на те, що опрацювання окремих заходів треба провадити обов'язково на підставі удосконаленого попереднього вивчення та аналізи порядку робіт, що тепер існують на тих участках, які передбачається раціоналізувати, для чого перед тим, як приступити до раціоналізації окремих ділянок, треба провести обслідування стану таких.

На кожну тему раціоналізаційної роботи, що її передбачається провести, Ви повинні обов'язково окласти робочу програму, в якій докладно зазначити: 1) термін виконання, 2) відповідального за виконання всієї роботи та безпосередніх виконавців окремих частин роботи, 3) стадії виконання окремих частин роботи зі зазначенням термінів.

Стадії роботи за робочою програмою розбивати на такі етапи:

1) Вивчення відповідної літератури та практичного досвіду, що відповідає питанню.
2) Обслідуванням участка, що його передбачено раціоналізувати та збирання матеріялів (з переліком яких саме).
3) Хронометраж та фотографія робітного часу.
4) Систематизація зібраних матеріялів та обробка їх.
5) Складання графіків (підрахунків руху окремих етапів роботи тощо) які наглядно свідчать про фактичний стан роботи та як воно буде після раціоналізації.
6) Складання попередніх проєктів раціоналізації.
7) Погодження та консультація попереднього проєкту та обговорення його на економактиві.
8) Складання остаточного проєкту (виправлення, внесення змін, додатків).
9) Досвідна перевірка проєктів (зазначити, де).
10) Захист затвердження та проєкт у відповідних інстанціях (перелічити, де).
11) Раціоналізація проєкту — встановлення, інструктаж співробітників.
12) Виявлення наслідків переведеної роботи (зазначити, через який час).
13) Догляд й дії проєкту, що його проведено та внесення в нього корективів.

ПРИМІТКА: Кількість вищезазначених стадій робочої програми можна за невеликих робіт в деякій мірі зменшувати.

На окремі опрацьовані нові форми роботи, системи та техніки треба складати листовні інструкції, положення тощо та давати відповідним установам, частинам і робітникам для керування. Копії таких завжди надсилайте до Наркомздоров'я.

9. Зо всіма неясними, спірними та іншими питаннями треба звертатися з запитаннями та консультацією до НКОЗ; через деякий час для обміну досвіду передбачається тільки для доповіді робітників, що працюють у галузі раціоналізації, скликати нараду, обслідувати та проінструктувати місця.

10. Рекомендуємо ознайомитись з питаннями в галузі раціоналізації, що їх висвітлено в журналах: „Вопросы здравохранения", НКЗ РСФСР 1929 р., особливо №№ 19, 20, 23, та інш. та №№ 1, 2 1930 р.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Керівн. сектора раціоналізації **Приходько**

78. Організувати постійний догляд та контролю фін. госп. діяльности медсанустанов.

(*Окремо не надіслано*)

До всіх міськрад (секцій О. З.), і РВК (РЗІ), до МСУ на транспорті, Дніпрельстані й Тракторобуді. Копії — до уповнов. НКОЗ в Одесі т. Волкового та НКОЗ АМСРР.

Відомості, що їх має Наркомздоров'я, доводять, що на місцях не приділяють досить уваги питанням ревізії та обстежень фінансово-господарчої діяльности медико-санітарних установ.

В той час, як справа про економніше, найефективніше й найдоцільніше витрачання коштів набуває особливого значення, майже ніхто з райздоровінспекторів та голів секцій охорони здоров'я міськрад не організував дійсної та постійної контролі над фінансово-господарчою діяльністю підлеглих їм установ.

У наслідок такого ставлення до цього найважливішого питання всілякі зловживання й порушення фінансово-бюджетної дисципліни не тільки не-

можна попередити, але навіть зареєструвати та зробити висновки організаційного та іншого порядку.

НКОЗ вважає, що треба покласти край такому становищу, за якого керівники окремих частин системи охорони здоров'я виключно на підставі паперової квартальної або річної звітности установ роблять висновки про те, як працюють ці установи.

Треба здійснити такі заходи, щоб відомості про життя й діяльність установ, про виконання останніми директив уряду та бюджетної дисципліни одержувалося не тільки від керівників цих установ, але також з інших джерел та іншими шляхами.

Найдоцільніша метода є влаштування масових літучих перевірок з обов'язковим притягненням до цього всіх громадських організацій, що є в установах (актив РСІ, осередки ЛКСМУ, профактив та інші). В цій справі треба також звертатися по допомогу до рай та міськ. КК-РСІ. до фінсекцій міськ. та сільрад, до КНС та інших організацій.

За мету треба взяти перевірку протягом року всіх підлеглих Вам установ, для чого опрацювати календарний плян обстежень та вжити заходів до повного виконання цього пляну. Особливу увагу підчас перевірок звертати на те, як установа виконує фінансово-бюджетну дисципліну, як використовує кошти, що їх встановлено за бюджетом по окремих статтях, як ведеться рахівництво, інвентаризація рухомого й нерухомого майна, облік інвентарю, метеріялів, продуктів та медикаментів; як установи додержуються існуючих правил обліку та схову грошей, як оплачується зарплату й провадиться відвертання коштів за зарплати робітників та службовців (на сплату позик та інш).

Треба також звертати увагу на розмір штатів, ставок зарплати, адміністративно-господарських витрат, встановити випадки недоцільних та зайвих витрат, причини перевиконання або недовикооання бюджету.

НКОЗ покладає на райздоровінспекторів та голів секцій охорони здоров'я міськрад обов'язок так постійного догляду й постійноі контролі за діяльністю установ системи здоровоохорони, як і організації літучих й масових перевірок.

Включаючи проведені завдання до обсягу першорядних обов'язків, НКОЗ пропонує:

1) пильно аналізувати всі матеріяли проведених обслідувань;

2) на підставі цих матеріялів, персонально винних осіб притягати до судової або дисциплінарної відповідальности аж до звільнення керівників установ, які припустили порушення фінансово-бюджетної дисципліни директив уряду та існуючих законів;

3) вживати заходів, щоб усунути надалі порушення здійснюючи організаційні заходи та актного інструктажа;

4) матеріяли щодо обстежень та висновки обов'язково надсилати до КК-РСІ;

5) що півріччя подавати до НКОЗ коротенький звіт про зроблену роботу в галузі організації постійного догляду та масових ревізій і обслідувань.

Заст. наркомздоров'я **М. Кустелян.**

Керівник фін. бюдж. групи **С. Довбищенко.**

(Об. розп. НКОЗ з 15 квітня 1931 р)

79. Заборона сплачувати лікувальним комісіям гроші з фонду меддопомоги застрахованим

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів і міськрад. Копія: до НКОЗ АМСРР. До Уповноваженого НКОЗ УСРР в Одесі т. Волкового.

До Наркомздоров'я надійшли відомості, що по деяких місцях, райздоровінспектори, за вимогою РВК вносять певні суми грошей до лікувальних комісій за рахунок фонду меддопомоги застрахованим.

Такі витрати за фондом меддопомоги застрахованим незаконні й не відповідають чинному положенню про лікувальні комісії.

Наркомздоров'я просить Вас, якщо у Вашому районі дійсно був такий випадок, вжити заходів щоб сплачені лікувальним комісіям гроші було повернено до фонду меддопомоги застрахованим.

Заст. Наркомздоров'я Кустелян

(Об. лист НКОЗ ч 246—14 з 23 квітня 1391 р.)

КАДРИ

80. Про облік медробітників, що зобов'язані службою перед державою

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів і міськрад, відокремлених в самостійні адміністративно-господарські одиниці (райздоровінспекторів і секцій охорони здоров'я)

До всіх МЕДВИШ'ів і МЕДТЕХНІКУМІВ, МЕДСАНУПРІВ на транспорті, Тракторобуду, Дніпрельстану. Копії—до НКОЗ АМСРР і уповн. НКОЗ в Одесі т. Волкового

Останнім часом трапляються випадки, коли медробітники, зобов'язані на підставі закону, відслужити за фахом за вказівками органів охорони здоров'я, ухилюються від виконання цього обов'язку і відмовляються працювати за призначенням органів охорони здоров'я.

До таких медробітників, зобов'язаних службою перед державою, належать:

1) молоді фахівці, що скінчили (починаючи з 1923 р.) медВИШ'і або медтехнікуми, які зобов'язані на підставі постанови ЦВК і РНК СРСР з 18 травня 1929 року „Про порядок розміщення на роботу осіб, які скінчили вищі учбові заклади і технікуми „Зб. Зак. СРСР 1929 року ч. 34, арт 298 (та інструкції НКПраці СРСР до цього закону з 4 жовтня 1930 р. „Известія" НКПраці СРСР за 1930 р. ч. 28) протягом 3 років після закінчення учбового закладу відслужити за фахом на периферії за вказівками НКОЗ;

2) лікарі-інтерни і лікарі, що скінчили курси підвищення кваліфікації, а також ординатори, які повинні на підставі РНК УСРР з 16 вересня 1924 р. (Зб. Узак. УСРР 1924 р, ч. 35-36, арт. 239) і з 19 травня 1925 р. (Зб. Узак. УСРР 1925 р. ч. 27, арт. 212) по скінченні курсу відслужити за фахом за вказівками органів охорони здоров'я із розрахунку $1^1/_2$ міс. служби за 1 місяць навчання, але в кожному разі не менш 1 року

Відмову вищезгаданих осіб від обов'язкової служби за вказівками органів охорони здоров'я треба кваліфікувати, як відмову від виконання повинности загальнодержавного значення, а тому їх слід негайно притягати до відповідальности, а саме: в разі першого відмовлення застосовувати п. 12 арт. 72 Адм. Код. УСРР, себто, звертатися до місцевих адмінорганів для накладення штрафу, а в разі повторного відмовлення — притягати до кримінальної відповідальности за арт. 58 Крим. Код. УСРР, складаючи одночасно цивільний позов в кримінальному процесі, вимагаючи від винуватих осіб повернення всіх тих коштів, що держава витратила на їхне навчання. На останній випадок треба звертатися на допомогу до органів місцевої прокуратури, яким від Генерального прокурора УСРР вже дано відповідні вказівки (обіжне розпорядження його з 6 листопада 1930 р. ч. 13-1-55-02-17).

Таких самих заходів треба вживати й до тих осіб, що ухилялися від останнього розпорядження НКОЗ про пересунення медперсонала на периферію і будучи передані в розпорядження органів праці для мобілізації їх за фахом, всеж таки цього обов'язку не виконали.

Слід домагатися, щоб ці судові справи слухалося в показовому порядкові за широкою участю медробітників.

Про вжиті в цій справі заходи і наслідки треба сповістити НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторович**

(*Об. розп. НКОЗ № 16—610 128 з 15 квітня 1931 р.*)

81. Про використання лікарів випуску 1931 р.

(*Окремо не надіслано*)

До всіх райвиконкомів (РЗІ), міськрад (секцій О. З.) МСУ Дніпрельстану, НКОЗ АМСРР

Наркомздоров'я пропонує лікарів випуску 1931 р. (лікувальників), що їх напрямлено для трирічної служби, використовувати насамперед на амбуляторних посадах із тим, щоб лікарів, які вже працюють в амбуляторіях 2-3 роки, переводити до стаціонарних установ, якщо лікарі бажають туди перейти та є вільна посада. Взагалі, переважне право дістати роботу в стаціонарі мають лікарі, що вже працювали деякий час в амбуляторних установах.

Одночасно НКОЗ вважає за бажане, щоб молоді лікарі для засвоєння ними практичних звичок до призначення на самостійну роботу призначалися б на 1-2 місяці до установ, де є лікарі з більшим досвідом, а після закінчення цього терміну напрямлялися б на роботу.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян.**

Керівник сектора кадрів **Туркельтауб**

(*Об. лист НКОЗ № 626/13 з 18 квітня 1931 р.*)

82. Про облік райздоровінспекторів

До всіх райвиконкомів, НКОЗ АМСРР. До уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового

(*Надіслано 23 березня 1931 р.*)

У зв'язку з особливим значенням посад райздоровінспекторів, які є керівниками справи охорони здоров'я в району, Наркомздоров'я відповідно до постанови директивних інстанцій, має на персональному обліку всіх райздоровінспекторів. Проте, досі низка районів, змінюючи склад райздоровінспекторів, іноді навіть не сповіщають про це НКОЗ.

Отже, на підставі положення НК РСІ про облік номенклятурних посад, НКОЗ просить про всі звільнення, призначення або переміщення райздоровінспекторів обов'язково повідомляти сектор кадрів НКОЗ за формою, що до цього додається.

Додаток: 2 форми.

Член Колегії НКОЗ—за керівн. сектора кадрів **Генкін**

(Об. розп. НКОЗ № 15/610/93 з 23 березня 1931 р.

До сектору кадрів НКОЗ

Обл. розп. група.

. повідомляє, що тов.

який працював на посаді .

. „ “ 1931 р. призначено, переміщено, звільнено (підкреслити)

на посаду / з посади .

. „ “ 1931 р.
(назва установи)

Причина .

Замість тов. на посаду

. „ “ 1931 р, призначено тов

. .
(прізвище, ім'я та по-батькові)

Об'єктивні показники якого:

1. Рік народження
2. Національність
3. Соц. стан
4. Основна професія
5. Скільки років працює в основній проф.
6. Партстаж

„ “ 1931 р.

7. Перебув. в інш парт
8. Заг. освіта
9. Спец. освіта
10. Які мови знає
11. Чи знає укрмову
12. Попередня робота (посада, назва установи)

Підпис

Штамп.

До сектору кадрів НКОЗ

(Обл. розп. група)

Вимога

. просить відрядити робітника на
(назва установи)

. посаду замість тов

. який .

. .

Умови роботи: місячна зарплата .

житлові умови .

Підпис

83. Про перевід тимчасових віспощепіїв на штатні посади

(Окремо не надіслано)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) та міськрад (секцій охорони здоров'я)

Копія до НКОЗ АМСРР *та уповноваженого* НКОЗ *в Одесі тов. Волкового*

За постановою Раднаркому УСРР з 10 лютоп 1926 р. „Про обов'язкове щеплення віспи“, на місцеві органи охорони здоров'я покладено обов'язок забезпечити здійснення цього заходу потрібним персоналом. Центральна Надзвичайна комісія боротьби з епіде-

міями при НКОЗ звернулася до НКФіну іа проханням пояснити РВК'ам (що деякі з них утримують віспощепіїв лише 3-6 міс. на рік, хоча віспощеплення мусить провадитись протягом цілого року) про перевід усіх сезонних віспощепіїв на постійні посади.

Наркомфін (на лист НКОЗ з 14 лютого ц. р.) відповів, що питання про перевід сезонних віспощепіїв на штатні посади мусять вирішити самі райвиконкоми.

Отже, ґрунтуючись на постанові Надзвичайної комісії боротьби з епідеміями, Наркомздоров'я цим пропонує райвиконкомам негайно перевести всіх віспощепіїв на постійні штатні посади.

Наркомздоров'я **Канторович**

Заст. кер. плянсектора **Довбищенко**

(*Об. розп.* НКОЗ *з 18 квітня 1931 р. ч.* 16-322-13-*а* (89)

84. Про роботу колишніх ротних лікпомів

(*Окремо не надіслано*)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) і міськрад; копії до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

У зв'язку з дефіцитом середнього медперсоналу, Наркомздоров'я сповіщає, що райздоровінспекторам та секціям охорони здоров'я в місцевостях, де почувається гострий брак середньомедичних робітників, дозволяється використовувати колишн. ротних лікпомів, які тепер не працюють на середньо-медичних посадах, на таких засадах:

1. Призначати ротних лікпомів на середньо-медичні посади, дозволяється виключно по медсанустановах, де є лікарі.
2. Самостійно приймати хорих ротні лікпоми не мають права, а можуть виконувати лише призначення лікаря.
3. Призначення ротних лікпомів проводиться після попередньо-практичного стажу протягом трьох п'ятиденок та виявлення достатнього рівня знань.
4. Всі ротні лікпоми, що зараховані на роботу, повинні вступити на заочні курси НКОЗ для середнього медперсоналу.
5. На роботу можна приймати ротних лікпомів віком до 45 років, що мають перерву в роботі не більше 10 років.
6. Для вступу на роботу ротний лікпом повинен подати райздоровінспектору свідоцтво про кваліфікацію та додати довідку від сільради про розмір сільгосподатку.
7. Прийом ротних лікпомів на роботу провадиться виключно через райздоровінспектора, який вирішує питання залежно від потреби в кадрах.
8. Всіх ротних лікпомів, що їх зараховується на роботу в порядкові цього обіжника, вважатиметься за тимчасових робітників. В разі одержання ними кваліфікації лікпомів їх зараховується на постійну роботу. В іншому разі їх поступовно замінюють кваліфікованими лікпомами.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Член Колеґії НКОЗ керівник сектора кадрів **Туркельтауб**

Погоджено з ВУК МСП.

(*Об. роз. НКОЗ ч.* 16—*610-157 з* 15 *квітня* 1931 *р.*)

85. Про відрядження лікарів на курси удосконалення

До всіх міськрад (міськздоров), РВК'ів (РЗІ), до МСУ на транспорті. Копії: до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

Не зважаючи на неодноразові вказівки НКОЗ, спостерігаються випадки, за яких секції охорони здоров'я, райздоровінспектори, головлікарі лікарень та інші не дають лікарям можливости прямувати на курси вдосконалення та перекваліфікації (за відрядженням).

Ураховуючи всю важливість підвищення кваліфікації лікарів у справі медобслуговування, НКОЗ категорично пропонує всім секціям охорони здоров'я, райздоровінспекторам, медсанупрам тощо, вжити всіх заходів для відрядження лікарів на курси вдосконалення та сприяти тим, що їдуть індивідуальним порядком.

За Наркомздоров'я **Кустелян**

Член Колеґії НКОЗ—Керівн. сектора кадрів **Туркельтауб**

(*Лист Наркомздоров'я з 5 квітня 1931 р. № 16* (*610*) 156)

85-а. Нові посадові оклади для медсанробітників

ПОСТАНОВА

Народнього Комісаріяту Праці УСРР № 64 з 20 квітня—1931 р.

„про встановлення зарплатні для вищого, середнього і молодшого медперсоналу всіх медико-санітарних установ УСРР і АМСРР незалежно від того, в чийому розпоряджевні вони знаходяться та з яких джерел вони фінансуються“.

На підставі постанови Раднаркому УСРР з 13 квітня 1931 р. № 10-704 Народній комісаріят Праці УСРР постановляє:

1. Затвердити з 1 квітня 1931 р. порядком державного нормування такі стелі посадові оклади для вищого, середнього та молодшого медперсоналу всіх без винятку медико-санітарних установ УСРР і АМСРР в тому числі і транспортових, що утримуються на місцевому бюджеті, на кошти фонду меддопомоги та тих, що знаходяться в розпорядженні Червоного Хреста, Уплатліку і інших організацій, а також медустанов, що утримуються на державному бюджеті (крім психіятричних) *).

2. Всі аптечні робітники установ, переклічених в арт. і цієї постанови, а також і установ, що утримуються на державному бюджеті, одержують з 1-го квітня 1931 р. зарплатню за точною аналогією з окладами, що затверджені постановою НКПраці УСРР з 14 лютого 1931 р. № 25 для аптек ВАУ.

3. В Донбасі встановлюється лікарям підземних медпунктів оклад 220 карб., помлікарям—зав. підземн. медпункт.—120 карб. та помлікарям підземних пунктів 110 карб.

4. У випадках, коли за попереднім держнормуванням, деякі робітники одержують посадові оклади вищі, ніж визначені в арт. 1-му цієї постанови, то такі оклади зберігаються персонально за тими робітниками, що їх фактично одержують.

5. В разі, завідувачі медустанов та відділів цих установ виконують також медичну роботу, то ніякої доплати крім посадового окладу вони за це не одержують.

6. З виданням цієї постанови скасовуються всі попередні постанови та розпорядження щодо встановлення зарплатні медперсоналу:

7. Оклади, що визначані в цій постанові не можуть змінювати ні місцеві органи влади, ні РКК'ані адміністрація, хоча-б за згодою з профспілкою.

Заст. Народнього Комісара Праці **Піскарьов**.
У. С. Р. Р.

*) Самі таблиці окладів див. стор. 236—239,

№№ по черзі	Назва посад	Лікарський стаж	Розподіл місцевостей та місячні посадові оклади			
			Донбас (всі місцевості кол. Артем., Лутан. та Сталін. окр., крім м. Старобільського	Харків-місто	Кол. округові міста та м. Тираспіль	Всі інші місцевості УСРР і АМСРР в т. ч. всі села та селища
1	Зав. лікарні до 20 ліжок	До 5 рок.	145.—	120.—	120.—	120.—
	" " " 20 "	поверх 5 "	160.—	130.—	130.—	130.—
2	" " від 21 до 50 ліжок	До 5 рок.	155.—	135.—	135.—	135.—
	" " " " "	поверх 5 "	165.—	145.—	145.—	145.—
3	" " від 51 до 300 "	До 5 рок.	175.—	150.—	150.—	150.—
	" " " " "	поверх 5 "	185.—	160.—	160.—	160.—
4	" відділу л-ні	До 5 рок.	150.—	120.—	120.—	120.—
	" " "	поверх 5 "	160.—	130.—	130.—	130.—
5	" полікл. або диспан. (крім єдин. дисп.)	До 5 рок.	165.—	140.—	140.—	140.—
	" полікл., або диспан. (крім єдин. дисп.)	поверх 5 "	175.—	150 —	150.—	150.—
6	" Рентген. від.	До 5 рок.	165.—	150.—	140.—	140.—
		поверх 5 "	175.—	160.—	150.—	150.—
7	" амбулат. або медпункту та медуч.	До 5 рок	145.—	120.—	120.—	120.—
	" амбулат. або медпункту та медуч.	поверх 5 "	155.—	130.—	130.—	130.—
8	Лікарі (різн. фахів, ординатори, одонтологи), лябораити з вищ. освітою	До 5 рок.	140.—	120.—	120.—	120.—
	Теж	поверх 5 "	150.—	130.—	130.—	130.—
9	Лікарі інтерни	незалежно від стажу	125.—	100.—	100.	100.—
10	" рентгенологи	До 5 рок.	160.—	140.—	130.—	130.—
	" "	поверх 5 "	170.—	150.—	140.—	140.—
11	Сан. лік. шкільн. сан. та лік. саносвіти	До 5 рок.	див. увагу ч. 2	175.—	145.—	145.—
	Сан. лік., шкільн. сан. та лік. саносвіти	поверх 5 "	"	185.—	155.—	155.—
12	Зав. лябор. (сан. бак. хем.) " пастер. та зав. маляр. станц. (лік.)	До 5 рок.	175.—	150 —	140.—	140.—
	" лябор. (сан. бак. хем.) " пастер. та зав. маляр. станц. (лік.)	поверх 5 "	185.—	160.—	150.—	150.—

№№ по черзі	Назва посад	Лікарський стаж	Розподіл місцевостей та місячні посадові оклади			
			Донбас (всі місцевості кол. Артем., Луган. та Сталін. окр., крім м. Старобільського	Харків-місто	Кол. округові міста та м. Тираспіль	Всі інші місцевості УСРР і АМСРР в т. ч. всі села та селища
13	Зав. ясл. зав. буд. матер. та дит., зав. консульт. (лікарі)	До 5 рок.	145.—	120.—	120.—	120.—
	„ ясл., зав. буд. матер. та дит., зав. консульт. (лікарі)	поверх 5 „	155.—	130.—	130.—	130.—
14	Теж саме (не лікарі)	незалежно від стажу	100.—	90.—	70.—	70.—
15	„ водолікарні	До 5 рок.	180.—	150.—	150.—	150.—
	„ „	поверх 5 „	190.—	160.—	160.—	160.—
16	„ санатор. (крім курорт.)	До 5 рок.	180.—	150.—	150.—	150.—
	„ санатор. (крім курорт.)	поверх 5 „	190.—	160.—	160.—	160.—
17	„ зубн. відділк. до 5 кресел	незалежно від стажу	140.—	120.—	120.—	120.—
	„ зубн. відділк. поверх 5 кр.	незалежно від стажу	150.—	130.—	130.—	130.—
18	Зубні лікарі	незалежно від стажу	120.—	100.—	100.—	100.—
19	„ „ протезисти	„	130.—	110.—	110.—	110.—
20	„ техніки	„	100.—	80.—	80.—	80.—
21	Помлікарі, тобто: (акушерки, масаж., лікпоми, медсестри) та препаратори, ляборанти, молочн. кухні, медділовод, мед. реєстрат., медстатистик	„	70.—	65.—	60.—	60.—
22	Теж. пошесн. і хірургіч. від. та дезінструктори, сестри патронажні, сестри обслідуват., сестри господарки	„	75.—	70.—	65.—	65.—
23	Сестри операц., помсанлікарі та акушерки по обслуг. на дому	„	80.—	75.—	70.—	70.—
24	Дезінфектори	„	60.—	60.—	50.—	45.—

№№ по черзі	Назва посад	Лікарський стаж	Розподіл місцевостей та місячні посадові оклади			
			Донбас (всі місцевості кол. Артем., Луган. та Сталін. окр., крім м. Старобільського	Харків-місто	Кол. округові міста та м. Тираспіль	Всі інші місцевості УСРР і АМСРР в т. ч. всі села та селища
25	Кастелянші, економки, доглядач.	незалежно від стажу	60.—	60.—	60.—	45.—
26	Зав. медпункту не лікар	„	90.—	80.—	75.—	75.—
27	Рентгентехнік, рентгенляборант	„	110.—	100.—	90.—	90.—
28	Ляборанти без вищ. осв.	„	80.—	75.—	70.—	70.—
29	Санітари, санітарки, сиділки, няні, куховарки, пралі, купальщиці, годувальщиці	„	53.—	53.—	40.—	35.—
30	Теж у пошесних і хірургічн. відділ.	„	58.—	58.—	45.—	40.—

Увага 1. Середній і молодший персонал, визначеними порядковими №№ 21, 22, 23, 29, 30 — одержують у містах: Дніпропетровське, Київ та Одеса такі самі оклади, що і в Харкові.

Увага 2. Санітарні лікарі, шкільно-санітарні та лікарі саносвіти в Донбасі та Криворіжжі одержують зарплатню згідно з постановою РНК УСРР з 3 квітня 1930 р. *)

Увага 3. За окладами, що встановлено для Донбасу, оплачується також робітників медико-санітарних установ м. Кривий Ріг та установ, що обслуговують залізно-манганові рудничні підприємства Криворіжжя.

Постанова Наркомпраці № 25 з 14 лютого 1931 р.

Про державне нормування зарплатні робітників аптек та аптечних склепів

На підставі постанови РНК СРСР з 7 грудня 1929 р. (Зб. Зак. СРСР 1929 р. № 76) „Про переведення державного нормування зарплатні“, Народній Комісаріят Праці УРСР постановляє:

1. Затвердити з 1-го січня 1931 р. порядком державного нормування зарплатні, сталі посадові оклади (що до цього додаються) для всіх аптробітників, що працюють по аптеках, ляборато（ріях, склепах та розподільниках Всеукраїнського Аптекоуправління.

2. Зазначені в цій постанові оклади є певна винагорода для всіх робітників, так з нормованим, як і з ненормованим робітним днем і ці оклади не можуть змінювати ні Розціночно-Конфліктна Комісія (РКК), ні адміністрація, хоча б за згодою з профспілкою.

2. Кількість штатних одиниць для кожного окремого аптечного підприємства встановлює Всеукраїнське Аптекоуправління, або його філії.

*) Див. стор. 240 — Ред.

Назва посад	Нормований або ненормований робочий день	I-ша зона	II-га зона	III-я зона
Завід. аптеки. при встановл. штаті до 4 чол. вкл.	Ненормов.	145	130	120
Т е ж — від 5 до 10 чол. вкл. . .	„	160	145	135
Т е ж — від 11 до 25 чол. вкл. . .	„	180	165	150
Т е ж — більше 25 чолов.	„	200	180	160
Пом. зав. аптек при встанов. штаті від 20 до 25 чол. вкл.	„	160	150	130
Т е ж — більше 25 чолов.	„	180	170	140
Рецептари, дежуранти, контрольори, дефектари, та їхні замісники у вихідні дні	Нормов.	115	105	100
Асистенти зі стажем до 5 рок. вкл.	„	90	80	80
„ „ „ більше 5 рок.	„	100	90	90
Аптечні рахівники	„	90	80	70
„ касири	„	70	65	60
„ робітники	„	50	45	40
Фасовщики	„	60	55	50
Паковщики склепів	„	75	70	65
Збірщики краму по склеп. та розподільниках	„	85	80	75
Завід. аптечних склепів	Ненормов.	200	200	180
„ відділ. в склепах	„	175	150	130
„ розподільників	„	180	170	150
„ фасовочн. зі встановл. штатом до 10 чолов.	„	145	125	115
Т е ж — від 11 до 20 чолов. . . .	„	160	135	125
Т е ж — більше 20 челов.	„	180	150	135
Завід. контрольно-аналіт. лябораторії	„	225	200	180
Лябор.-фармац. Контр.-Анал. ляборатор. зі стажем до 3 рок. вкл.	„	140	130	120
Т е ж — більш 3 років	„	160	160	140
Завід. галенов. ляборатрій . .	„	200	200	180
Лябор.-фармац. галенов. ляборат. .	„	140	130	120

4. Встановити такий розподіл місцевостей УРСР на тарифні зони щодо застосування зазначених в цій постанові окладів для аптекоробітників.

1-ша зона:

а) місто Харків.

б) всі місцевості Донбаса (кол. Луганської, Сталінського та Артемівськ. округ), крім міста Старобільського та крім всіх місцевостей кол. Старобільської округи.

2-га зона:

м. м. Київ, Одеса, Дніпропетрівське, Кривий Ріг, Зінов'ївськ, Кременчук, Маріупіль, Миколаїв, Запоріжжя та Дніпровський Комбінат.

3-тя зона:

а) м. м. Бердичів, Полтава, Винниця, Херсон, Суми, Житомір.

б) решта місцевостей I, II та III категорії за розподілом ВУЦВК, що існує.

в) всі села та виселки УРСР, а також села, що підпорядковані позакатегорійним міськрадам (крім Донбаса).

Заст. Народнього Комісара Праці УРСР **Піскарьов**

Погоджено:

Директ. Всеукр. Аптекоуправл. **Пельц**

Член Презид. ВУК'у Спілки Медсанпраці **Андрейкевич, Коган**

Положення

про санітарну організацію в Донбасі й Криворіжжі*)

З метою санітарної охорони Донбасу й Криворіжжя від епідемічних захорувань, поліпшення в них санітарної справи й переведення потрібних санітарно-оздоровчих та протиепідемічних заходів по округах Артемівської, Сталінської, Луганської й Криворізької з 1-I 1930 року, встановлюється нижчезазначену обов'язкову мережу санітарних органів, а також переведення низки заходів до поліпшення матеріяльних умов санітарних робітників.

I. Обов'язкова санітарна мережа

1) *Округова* санітарна організація:

а) по округах Донбасу по 3 лікарі епідеміологи, 3 санітарно-харчові лікарі й 3 житло-санітарні лікарі на кожну округу;

б) в Криворізькій окрузі 2 епідеміологи, 2 санітарно-харчові лікарі і 3 житло-сонітарні лікарі;

в) по одній округовій санітарній станції на округу.

2) *Районова* санітарна організація:

а) в кожному адміністративному районі по одній районовій санітарній станції в складі — санітарно - бактеріологічної лябораторії дезінфекційного пункту, щепільного пункту, саносвітбази, кабінету санітарного лікаря;

б) штат районової санітарної станції повинен скластися із: районового санітарного лікаря, завідувача лябораторії, помічника санітарного лікаря, прищепника—лікаря, дезінфектора, санітара й служника.

3) Санітарна організація по містах і селищах міського типу.

В Артемівському, Сталіні, Луганському, Кривому Розі, Макіївці, Алчевському, Кадіївці, Горлівці, Рикові, Костянтиновці, Слов'янському, Лісичанському, Краматорському:

а) по 1 санітарному лікарю й помічнику санітарного лікаря на кожні 25 тисяч мешканців;

б) по 1 епідеміологу, житло-санітарному й санітарно-харчовому лікарю на кожні 25 тисяч мешканців.

II. Зарплата

Через постійну епідемічність Донбасу й Криворіжжя, відповідно до встановлених НКПраці підвищених ставок для епідеміологічного персоналу встановлюється для санітарної організації Донбасу й Криворіжжя такі ставки:

1) санітарні лікарі: районові, міські, лікарі епідеміологи, житлово-санітарні лікарі, санітарно-харчові лікарі, промислово-санітарні 250 крб. на міс.

*) Надруковане в „Збірникові розпоряджень НКОЗ 1929-30 рр. — Р е д.

2) завідувачі ляболяторій й малярійних станцій 250 „ „
3) лікарі-ляборанти, лікарі завідувачі щепільних, епідемічних, лазнево-пральних, дезінфекційних загонів 200 „ „
4) помічники санітарних лікарів 100 „ „
5) щепільники (не лікарі) й дезінфектори . 75 „ „

III. Поліпшення службово-побутових умов

1) Для санітарного персоналу, що працює по робітничих селищах та сільських місцевостях, встановлюється, починаючи з 1 жовтня 1926 року, 4 періодичні надвишки до зарплатні, розміром кожна 25% основної зарплатні, за кожні 3 роки безперервної роботи, незалежно від того, чи проходила служба в одному чи декількох робітничих селищах чи сільських місцевостях.

2) Районові санітарні лікарі забезпечуються безоплатною кватирою, компослугами, а також транспортовими засобами в службових справах.

3) Санітарним лікарям надається потрібна апаратура й спеціяльна література.

4) Санітарних лікарів та ляборапорних робітників через кожні 3 роки безперервної роботи відряджувати з науковою метою на 3 місяці до відповідних медсан. установ, причому за відряджуваними зберігається їхня зарплатня, оплачуються видатки для переїзду й надається безплатна кватиря за ввесь час відрядження.

БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ

85-б. Про заходи боротьби з епідеміями під час засівів

Лист Наркомздоров'я УСРР та Укрколгоспцентру до всіх райвиконкомів, колгоспсоюзів, колгоспів, колгоспників.

(*Цей лист лінією Укрколгоспцентру розіслано* 10 *лютого* 1931 *року*)

Не зважаючи на загрозу висипного тифу, випадки якого спостерігаються на селі, в усуспільненому секторі села, не вжито досі всіх належних заходів, щоб попередити розповсюдження епідемії. Проте, лінією Наркомата Охорони Здоров'я та Центральної надзвичайної Комісії для боротьби з епідеміями було своєчасно дано на місця досить докладні вказівки та складено відповідні вимоги в справі переведення профілактичних заходів боротьби з кошивістю, санобробки населення і т. інш.

Деяке зростання висипного тифу маємо в березні та в квітні місяцях, себто саме на початок засівної кампанії. Зрозуміло що невжиття своєчасно профілактичних заходів по колективах може кепсько відбитися на працездатності робітників та успіхові польових робіт. Тому пропонуємо по всіх тих місцях у колгоспах, де не вжито належних заходів, зокрема—артілях, комунах, машинотракторних станціях, негайно провести такий санітарний мінімум:

1) По всіх колективізованих селищах з населенням до 200 чол., щоб знищити паразитів, що в одязі та речах, устаткувати сірчану камеру спрощеного типу, для чого збудувати, за вказівками санлікаря або районного техніка, землянку, або відвести відповідне приміщення в хаті. У селищах з людністю понад 200 чол. бажано, крім сірчаних камер, устаткувати камеру — дезінсектор за типом, що його своєчасно надіслано до райвиконкомів.

2) Придбати потрібну кількість дезінфекційних засобів (сірку, лізол, зелене мило, залізний манган для розпалювання сірки, ножиці для стриження волосся, хльорну та негашену вапну).

3) Максимально використати існуючі лазні, а якщо таких нема, то в кожному колективі відвести приміщення для устаткування спрощенного типу лазні й громадської пральні.

Примітка: Устаткування спрощеного типу лазнево-пральневих механізмів можна замовити через Наркомздоров'я, (епідгрупа, Харків, Держпром, НКОЗ). Загальна вартість—800 крб.

Водночас на місці треба вишукати казани та інші приладдя, потрібні для встаткування пральні та лазні.

4) Забезпечити лазні та пральні паливом та милом. Якщо не вистачатиме, треба звернути увагу на те, що можна знищувати паразитів через кип'ятіння або виварюючи білизну разом з попілом.

5) Великі колективи, машинно-тракторні станції, а також колективи, розташовані на широкому терені, повинні придбати пересувні та парові дезкамери.

Примітка: Вартість пересувної дезкамери становить близько 1800 крб., постійної парової—6000 крб. Замовлення подавати через НКОЗ.

6) Для первісної тимчасової ізоляції хворих з гарячкою треба відвести на терені лективі відповідне тепле приміщення на 2—5 ліжка.

7) Забезпечити колектив транспортом, щоб ним перевозити хворих, а також для роз'їздів медперсоналу.

8) Виділити кошти на розгортання тимчасових пошесних ліжок на час епідемії та своєчасно передбачити помешкання, що його можна використати для шпиталізації в разі вибуху епідемії,

9) Виділити в кожному колективі актив сприяння боротьбі з епідеміями та призначити особу, на яку покласти обов'язок провадити під керівництвом лікарів невідкладну дезінфекцію на місці. Слідкувати за санітарним станом гуртожитків, дворів, їдалень, тощо.

10) Організувати 10-денні курси при райздоровінспекторі з осіб, що їх буде виділено від колективів дла здійснення санітарного нагляду та дезінфекції на місцях. Курси провадити за скороченою програмою, що її надіслано від НКОЗ (зразкова), або що складає райздоровінспектор.

Всі потрібні кошти на здійснення профілактичних заходів проти епідемії треба витрачати коштом виробничих витрат. Відповідні кошти, що потрібні на устаткування пошесних бараків, курсів, колгоспи передають райінспекторові охорони здоров'я.

Кошти на встаткування місцевого значення використовується на місцях (устаткування лазень, улаштування вошебійок, транспорт).

Плян забезпечення санітарними установами колгоспів та практику епідемічних заходів треба докладно опрацювати з райздоровінспектором, затвердити в райвиконкомі та подати до НКОЗ та Укрколгоспцентру.

Запровадження профілактичних заходів треба розпочати негайно, пам'ятаючи про всю відповідальність цих завдань, особливо тепер саме перед засівною кампанією.

На лікарів районів покладається обов'язок пильно стежити за всіма випадками пошесних захорувань, обстоюючи шпиталізацію хворих на висипний тиф на всі 100%. Простежити за санстаном колгоспів, зокрема гуртожитків та місць громадського значення; налагодити санітарну обробку населення, зокрема тих, що живуть у гуртожитках, дітей по школах і т. інш., особливо в місцях випадків тифозних захорувань.

Спільно з керівниками масової роботи в колгоспах провести сановітню роботу, сприяючи організації осередків охорони здоров'я та санітарного активу на місцях.

Відповідальність за чітке та своєчасне виконання вищезазначених вимог покладається на колгоспсоюзи та райздоровінспекторів.

Контроля та керівництво покладається на райздоровінспекторів.

За Голову Центральної Надзвичайної
Комісії боротьби з епідеміями **Туркельтауб**

Голова правління Укрколгоспцентру **Григор'єв**

86. Про активну імунізацію проти дифтерії, шкарлятини та про серотерапію

(*Розіслано* 15 *березня* 1931 *р.*).

До всіх райвиконкомів, міськрад, райздоровінспекторів, санбакінститутів, міжрайсанстанцій, НКОЗ АМСРР, МСУ та Водсанупр, МСУ Дніпрельстану, Тракторобуду, уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового

Видання обов'язкової постанови РНК від 6 січня 1931 року про активну імунізацію проти дифтерії вимагає від органів охорони здоров'я негайно розгорнути широку кампанію в справі переведення в життя основних положень, що їх зазначено в постанові.

На підставі цієї постанови кожний район та місто повинні негайно скласти річний календарний плян, поквартальним розподілом переведення активної імунізації дитячого населення.

У пляні треба відбити:

а) потребу охопити щепінням всі дитячі групи, що їх зазначено в постанові за п. п. від „а" до „е", для яких активна імунізація є обов'язкова;

б) що дитячі групи до 8 років включно одержують щепіння проти дифтерії без попередньої реакції „ШИКА", а з 8 до 15 років лише ті з осіб, що за реакцією ШИКА дали позитивні наслідки.

в) біжучого року треба обов'язково домогтися, щоб дітей, які братимуть участь у літній оздоровній кампанії було охоплено цілком активною імунізацією про дифтерії і безперечно повноцінно (триразово), причому дітей, що їх відправлятимуть в інші місця до різних дитячих літніх установ—санаторій, лагерів тощо, повинно прищепити проти дифтерії, цебто на цих групах дітей треба зосередити увагу протягом березня—травня міс.;

г) цього ж року треба цілком забезпечити, щоб дітей, що їх призначено до шкіл з осіннього триместру, згідно з пактом „г" обов'язкової постанови, було підготовлено до цього терміну в напрямкові одержання активної імунізації проти дифтерії;

д) оскільки водночас здійснення активної імунізації проти дифтерії треба буде забезпечити імунізацією дитячого населення проти шкарлятини з разрахунку на те, що в осінні місяці почнеться звичайний підйом шкарлятини, треба, складаючи плян, мати на увазі доцільність перевести головну роботу в справі активної імунізації проти шкарлятини в терміни березень — травень (підготовка до літньої оздоровної кампанії) Масові щепіння проти дифтерії треба організувати безпосередньо після імунізації проти шкарлятини, останні провадитимуться так по оздоровних літніх установах, як і поза ними;

е) те, що в реалізації накреслених плянів повинні приймати участь усі санітарні та лікувально - профілактичні установи (міські та райсанстанції), райсанорганізації, меддільниці, дитконсультації, поліклініки з диткабінетами (і ОЗДП), шкільно-санітарна організація, лікарі літніх дитустанов (постійних і тимчасових); ця робота провадиться під керівництвом та консультацією міжрайсанстанцій, санбакінститутів, а також за участю місцевих лябораторій. По великих містах і районах з великим районним центром, великими комунами, відповідальним будівництвом та там, де є епідемічні вибухи дифтерії, треба забезпечити, для цього персонал, щоб утворити тимчасові прищепні загони.

Отже, зважаючи на ці усі основні настановлення, треба не гаючи часу, скласти конкретний плян активної імунізації проти дифтерії та шкарлятини для міста або району-будуючи плян на дійсних даних щодо обліку окремих дитячих груп, зазначених у постанові.

Такі пляни треба негайно обговорити на районних та міських конференціях, лікарів та установ, яких за пляном притягується до участи в роботах, розподіливши контрольні цифри пляну між окремими установами, зазначивши тверде календарне виконання.

Треба водночас зв'язатися з відповідним санбакінститутом, повідомити його про накреслений плян робіт, календарний плян виконання його, обґрунтувавши відповідно до цього своє замовлення на постачання району або місту прищіпних матеріялів термінового задовільнення (розраховуючи останній за такою нормою: на одне прищеплення триразове—4 куб. сант) антидифтерійної сумішки та $^1/_4$ дози розчину дифтерійного токсину для кожної реакції Шика, анатоксину—4 куб. см., шкарлятинної вакцини—2.

Переведення профілактичних заходів проти дифтерії та шкарлятини через поширення активної імунізації проти них, обов'язково треба поповнити активними заходами щодо правильного та своєчасного вживання серотерапії.

Високий відсоток смертности від цих інфекцій, найбільше—через наявність тяжких форм перебігу хвороби, вимагає потребу максимально зосередити увагу на серотерапії домагатися від всієї лікарняної мережі поглибленого та уважного ставлення до надання в цьому напрямкові своєчасної допомоги дітям, вживання сироватних бакпрепаратів, згідно з останніми даними науки та практики (вживання великих доз сироваток, повторення доз, забезпечення добрим лікарняним доглядом хворих після вживання серотерапії, вживання сироваток за методою Безредка, себто попереднє введення під шкіру 1 кубика нагрітої сироватки).

Успішне виконання цього завдання треба цілком пов'язати з постійним піклуванням про безперебійне постачання мережі сироваток, перевіркою переховування їх та використання (див. обіжн. Наркомздоров'я, бюл. № 2—3 1931 р.).

Наркомздоров'я **Канторович**

Керівник епідгрупи **Пижов**

(Об. розп. НКОЗ ч. 16—384—12 з 15 березня 1931 р.).

87. Про порядок ревакцинації проти черевного тифу.

До всіх райздоровінспекторів, секцій охорони здоров'я міськрад, медсанправлінь на шляхах сполучення, МСС Тракторобуду та Дніпрельстану, міжрайсанстанцій. Копія до НКОЗ АМСРР

(*Розіслано 25 лютого 1931 р.*)

Через те, що деякі місцеві організації запитують Наркомздоров'я про дозировку й терміни запобіжних щеплень проти черевного тифу особам, що їм вже було зроблено щепінни минулого року, — Наркомздоров'я, ґрунтуючись на висновкові Харківського санбакінституту, встановлює такий тимчасовий порядок переведення черевно-тифозних ревакцинацій під шкіру:

1) осіб, що одержали повну триразову вакцинацію, ревакцинується через рік однократним щепленням дозою в 1 кб. см. вакцини;

2) особам, прищеплюваним двічі, ревакцинацію слід провадити за 8 місячний термін двома прищепками: перша—1 кб. см. вакцини і друга—1,5 кб. см.

3) осіб, що мали лише одну прищепку, слід щепити, як невакцинованих (3 щеплення по 0,5; 1.0; 1,5 кб. см.).

Остаточний порядок запровадження ревакцинації проти черевного тифу буде встановлено після того, як це питання розв'яже сироватково-вакцийна нарада СРСР та Вчена Медична Рада НКОЗ УСРР.

За Наркомздоров'я **Туркельтауб**

Ст. інспектор—епідеміолог **Єфімов**

(*Об. розп.* НКОЗ № 16—32215—74 *з* 24 *лютого* 1931 *р.*).

88. Про віспощеплення та заходи боротьби з віспою

До всіх райвиконкомів (РЗІ), до міськрад (секції охорони здоров'я), сан. бак. інститутів, уповноваженому НКОЗ в Одесі тов. Волковому. Копія: НКОЗ АМСРР, МСУ, Тракторобуду, Дніпробуду.

Підчас обслідування деяких районів, у справі запровадження там віспощеплень, виявлено, що багато районів неуважно поставилися до тих директив, що їх склав НКОЗ протягом останнього часу (див. обіжники з 30 листопада 1930 р., 31 січня 1931 р.) — щодо віспощепіння. Директиви вимагають чіткого та негайного запровадженняв життя заходів, що їх треба вживати, як тільки виникає натуральна віспа, або виявляється загроза заносу її.

Наслідком цього є те, що в багатьох випадках чималу кількість дитячого населення залишають до 5, 7—10 років без вакцинації, і тоді діти являють собою горючий матеріял, що легко утворює вогнище віспи. Наркомздоров'я зазначає всю недозволеність такого явища, що утворилося через послаблення уваги на місцях до справи віспощепіння. Отже, НКОЗ ще раз нагадує про потребу негайно звернути виключно серйозну увагу на всю справу віспощепіння в цілому (щоб підвищити якісні та кількісні показники щепіння, здійснити лікарняну контролю, інструктувати віспощепіїв, значно піднести участь всіх медичних одиниць району та міста в заходах щодо віспощепіння, мобілізувати увагу всього медперсоналу навколо питань щепіння проти віспи, домагаючись, щоб по районах додержувалося ударних темпів). За перших ознак небезпеки щодо захорувань на віспу, треба з максимальною чіткістю провести всі заходи боротьби, що потрібні для негайного ліквідування випадків (негайна й безумовна шпиталізація хворих на віспу в умовах суворої ізоляції та запровадження профілактики відносно тих, що оточують хворих та щодо медперсоналу).

Треба провести поголовну суто-витриману вакцинацію всього населення, провести всебічні епідемічні обслідування, використати допомогу міжрайонних санстанцій санбакінститутів, секцій охорони здоров'я тощо. Наркомздоров'я попереджує, що надалі відповідальність за випадки віспи, що станується наслідком несвоєчасних та неповністю вжитих заходів, цілком покладатиметься на секції охорони здоров'я, райздоровінспекторів. На кожний окремий випадок Наркомздоров'я вживатиме спеціяльних заходів, щоб виявити винних осіб.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Кер. епідгрупи **Пижов**

(*Об. роз. НКОЗ з 28 березня 1931 р.*)

89. Про боротьбу з менінгітом

(Розіслано 8 березня 1931 р.)

До всіх РВК (РЗІ) міськрад (секцій охорони здоров'я), санлікарів.

До всіх МСУ на транспорті, Дніпрельстану, Тракторобуду.

Копія до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

У зв'язку з деяким збільшенням захорувань на цереброспінальний менінгіт на Україні Наркомздоров'я УСРР пропонує посилити облік цих захорувань, звернувши увагу всіх лікарів на потребу пильнішої діягностики.

Там, де є лябораторія, діягноза обов'язково мусить підтверджуватися лябораторними дослідженнями. Водночас треба вжити заходів до переведення максимальної ізоляції та шпиталізації хворих. У дитячих установах, робітничих та студентських гуртожитках шпиталізацію хворих на цереброспінальний менінгіт треба переводити на 100%. В родинних вогнищах та гуртожитках потрібно організувати дослідження на бацилоносіїв матеріялу з носопролику (носоглотки за м'яким небом). В разі виявлення бацилоносіїв між персоналом, що обслуговує ясла та дитячі садки, такий персонал треба тимчасово усунути від роботи до знищення бацил в носопроликові.

Дітям молодшого віку за наявности між них бацилоносіїв в установі, де були випадки захворувань на цереброспінальний менінгіт, не дозволяється відвідувати дитячі установи. В разі масового бацилоносійства — треба зробити відповідне перегрупування дітей, відокремлюючи здорових від бацилоносіїв.

У разі виявлено бацилоносійство в гуртожитках, установах для дорослих, у дітей старшого віку в родинах, за бацилоносіями та особами, що їх оточують, треба встановити пильний медичний нагляд.

Водночас Наркомздоров'я пропонує взяти на облік смертність від цереброспінального менінгіту та в місячних звітах про рух інформаційних захворувань давати відомості про кількість шпиталізованих та про смертні випадки.

За Заст. Наркомздоров'я **Генкін**

Керівник епідемгрупи **Пижов**

(*Об розп. НКОЗ ч. 16—820—16—86 з 8 березня 1931 р.*)

Затвердила Заст. Наркома Охорони здоров'я М. Кустелян. 25 березня 1931 р.

Інструкція, як досліджувати бацилоносіння на менінгококки Вейхсельбаума

1. Дослідженню на бацилоносіння менінгокок В. належать вогнища, в яких спостерігались захворування епідемічним церебро-спінальним менінгітом (родини хворих, школи, дитячі установи і т. інш.).

2. Для дослідження бацилоносіння береться мазок стерильним квачем на дротику із задньої стінки носопролику (носоглотки); бажано мати квачі на гнучкому дроті, кінець якого, не виймаючи з пробірки та не торкаючись квача руками, слід троки зігнути о стінку пробірки, потім квач завести за нібні дужки та обтерти ним задню стінку носопролику зігнутим кінцем доверху.

3. Покладений назад у пробірку квач (розігнути о бік пребірки) надсилається в ближчу ляборaторію з таким розрахунком, щоб він був приставлений до ляборaторії не пізніш, як за 8—10 годин після взяття матеріялу для дослідження.

4. За місцевими умовами, якщо можливо, бажано організувати засівматеріял на місці взяття його, для чого треба командирувати ляборанта або препаратора ляборaторії або ж відповідно інструктувати місцевий лікарський персонал.

5. Посів робиться на розлитий в ляборaторії по чашках асцит-агат, куди втирається взятий матеріял з квача.

6. Як квачі, так і засівний матеріял нумерують, роблячи написи або наліплюючи папірці на пробірці або чашках. За тими самими нумерами, що в супровідній записці, зазначається: ім'я, по-батькові, прізвище досліджуваного, місце його мешкання, вік, стать, час захворування хорого в родині, школі тощо; зазначається також годину, місяць і дату, коли взято матеріял посіву та надіслано його до ляборaторії.

Оці всі дані треба заповнити обов'язково та до того ж докладно; у противному разі ввесь матеріял дослідження на бацилоносіння обезцінюється, не даючи змоги зробити будьякі висновки.

7. Матеріял (квачі або посів, що в чашках), крім швидкої приставки в лябораторію, вимагає, щоб підчас холоду (за температури нижче нуля) його приставляли до лябораторії в умовах, що виключають охолодження. Можна, в разі пробирок з квачем є небагато, приставляти їх у нутрішній боковій кишені пальта або в скринці, обгорнувши пробирки або чашки з посівом ватою та поклавши коло них одну-дві пляшки з гарячою водою, теж обгорнуті ватою або сукном. Якщо в лябораторії є пересувні льодовні, можна користувати з них, заповнюючи місця, що для льоду, гарячою водою, або іншими засобами, що забезпечують від охолодження.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

90. Про піднесення санітарного стану ліксанустанов

(Лист Наркома Охорони Здоров'я т. Канторовіча з 4 квітня 1931 р. до всіх секцій охорони здоров'я міськрад та здоровінспекторів промислових районів Донбасу).

Численні відвідування мною та іншими робітниками Наркомздоров'я УСРР ліксанустанов, що обслуговують робітництво промислових міст та районів Донбасу, — доводять, що ці установи досить часто не тільки не відограють властивої їм ролі культурно-виховавних закладів: як повинні бути за зразки санітарного стану для всіх інших установ, а навпаки — перебувають у цілковитому занепаді у санітарному розумінні й за своїм станом аніяк не нагадують тих оздоровчих функцій, що їм належать.

Як звичайне явище, доводиться спостерігати, що по всіх приміщеннях поліклініки медпунктів та інших лікустанов, панує бруд, прибирання провадиться тим досить часто й дуже недбайливо, стіни та двері заліплено рештками старих оголошень, гасел тощо, по всіх кутках висить павутиння, вікна миються дуже рідко, а шибки в них аж темні від бруду; хворі, що відвідують установу, не мають, де скинути одяг та гальоші, не мають чим витерти брудні чоботи. Медперсонал роздягається саме по кабінетах, наносячи підчас дощу або тання снігу чимало бруду на своєму взутті. Таке безладдя слід негайно за всяку ціну припинити, а тому надалі наказую:

1) Категорично заборонити входити до приміщень лікустанов особам у забрудненому взутті. Для витирання ніг обов'язково мати при вході спеціяльні метальові або дерев'яні ґрати, або принаймні хоча, ганчірки.

2) По установах, де за обсягом приміщення для цього є хоч найменша змога,—обов'язково улаштувати вішалки та роздягальні так для відвідувачів, як і для медперсоналу з відповідним допоміжним штатом.

3) Категорично заборонити всім без винятку співробітникам установи входити до кабінетів та інших приміщень у верхньому одязі та гальошах.

4) Забезпечити, щоб приміщення своєчасно й регулярно прибиралося, так підчас роботи установи, як і після неї, стежачи за тим, щоб підлоги, вікна, двері, пофарбовані олійною фарбою стіни, електричні лямпі милися чисто. Забезпечити також найчастішу побілку стін, прибирання павутиння тощо.

5) Улітку провадити систематичну боротьбу з мухами, захищаючи вікна метальовими або марлевими сітками й вживаючи отруйних розчинів, липкого паперу тощо.

6) По всіх кабінетах, почекальнях та інших приміщеннях мати достатню кількість плювачок. Стежити за щоденним миттям та очищенням їх.

7) Категорично заборонити у приміщеннях амбуляторних ліксанзакладів куріння тютюну відвідувачами. По стаціонарах припускати це для хворих лише за виняток, але виключно поза палатами.

8) Суворо заборонити розвішувати по стінах плякати, гасла, оголошення тощо. Для цієї потреби обов'язково мати спеціяльні рямки (вітрини), захищені шклом.

Так само заборонити наліплювання яких би то не було об'яв на дверях кабінетів, коло віконець реєстратури тощо. Такі об'яви можна прикріплювати лише кнопками, а після закінчення потреби знімати їх.

Оголошуючи ці найелементарніші правила утримання ліксанустанов, подаю до загального відому, що за недодержання санітарних вимог і за припущення цілковитого занепаду санстану доручених їм установ — я усунув з посад головлікаря та завгоспа Горлівської поліклініки, а також накладено адмін. кару на директора, головлікаря та завгоспа Сталінської центральної поліклініки.

Надалі попереджую, що за порушення санстану лікустанов вживатиметься найсуворіших заходід, аж до усунення винних з посад, заборони працювати по ліксанзакладах, внесення відповідних записів до трудових списків та притягнення до суду.

Відповідальність за санітарний та господарчий стан ліксанустанов покладається особисто на їхніх керівників.

Донбас 4 квітня 1931 р.

Наркомздоров'я **Канторович**

91. Про відпуск окулярів за рецептами лікарів

До всіх РВК, міськрад, міжрайон. фармінспекторів НКОЗ, Всеукраптекоуправління

Копія: до НКОЗ АМСРР, ЦК УЧХ

У зв'язку з тим, що за умов вільного відпуску часто спостерігаються випадки постачання населенню окулярів, які не відповідають станові зору особи, що їх купує, — Наркомздоров'я цим пропонує встановити надалі порядок відпуска всіляких окулярів (крім захисних з кольоровим та з невтральним шклом), лише за рецептами лікарів.

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний**

Ст. інспектор фармгрупи **Ліфшиц**

(*Об. розп. НКОЗ № 16-351 з 17 квітня 1931 р.*)

91. Про керівництво аптечною справою на місцях

(*Окремо не надіслано*)

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів), міськрад (секцій охорони здоров'я) до міжрайонних фармінспекторів НКОЗ і ВАУ

Копія до НКЗ АМСРР і ЦКУЧХ

За постановою ВУЦВК'у та Раднаркому УСРР з 26 травня 1930 р. усю справу медпостачання Укрїни зосереджено в єдиній організації — Всеукраїнському Управлінні аптеками та аптечними установами — ВАУ.

Стосовно до нових форм медпостачання Наркомздоров'я встановив також мережу міжрайонних фармінспекторів яко безпосередніх представників Наркомздоров'я на місцях в справах контролі та наглядання над аптечною справою.

Зазначені форми централізованого керівництва та контролі скеровано на належну участь місць в запровадженні їх до життя та, звичайно, й на те, щоб до них скласти потрібні корективи міжрайонного фармінспектора та філії ВАУ.

Одначе, досвід минулих місяців довів, що по окремих районах райздоровінспектори ще недосить уявили собі важливість переведеної реконструкції керівництва аптечною справою та ще геть недостатньою мірою беруть участь та сприяють нормальній роботі так філій ВАУ, як і міжрайонних фармінспекторів НКОЗ. На місцях спостерігаються також окремі випадки цілком неприпустимого й шкідливого втручання в роботу філій ВАУ та недооцінки ролі та значення міжрайонного фармінспектора, яко безпосереднього представника Наркомздоров'я на місцях, наприклад:

1) аптеці ВАУ запропоновано встановити надвишку до такси НКОЗ в 2 коп. на кожний рецепт;

2) аптеці ВАУ запропоновано передати мило до кооперативу;

3) район без участи міжрайонного фармінспектора НКОЗ та філії ВАУ порушує питання, щоби крамниці сангігієни ВАУ були підлеглі РЗІ безпосередньо;

4) РЗІ поновлюють на посадах аптробітників, що їх звільнила філія ВАУ;

5) аптекам на селі пропонується в категоричній формі звільняти приміщення, що вони мають й на заміну їм рекомендуються приміщення зовсім непридатні тощо.

Водночас треба підкреслити, що й окремі міжрайонні фармінспектори НКОЗ та філії ВАУ також недооцінюють ролі та значення райздоровінспектора, як особи, що фактично відповідає в своєму районі за ввесь стан справи охорони здоров'я, в тому числі й в галузі ліндопомоги населенню.

Щоб припинити надалі вищезазначені неприпустимі явища, Наркомздоров'я сповіщає для відома та обов'язкового керівництва такі основні моменти, що повинні полягти в основу взаємовідносин райздоровінспекторів, міжрайонних фармінспекторів НКОЗУ та філій ВАУ:

1) Районний інспектор охорони здоров'я, згідно з посадовою для нього інструкцією відповідає за належну організацію та стан роботи всіх медично-санітарних установ району (бюл. НКОЗ № 20-21 з 20-XI — 1930 р., стор. 386, розд. IV п. 2), тоб-то й за нормальну роботу всіх фармацевтичних закладів, що є на терені його району.

2) Стосовно до цього міжрайонні фармінспектори, що провадять свою роботу за директивами Наркомздоров'я та філії — Всеукраптекоуправління (ВАУ), повинні всю свою діяльність на терені даного району обов'язково ув'язувати з роботою відповідного райздоровінспектора.

3) Райздоровінспектори й собі теж, щоб забезпечити встановлений порядок єдиного плянового керівництва та контролі над аптечною справою, через ВАУ та міжрайонних фармінспекторів НКОЗУ повинні регулювати та контролювати аптечну справу в своєму районі зі суворим та неухильним додержанням директив Наркомздоров'я щодо фармсправи та розпоряджень ВАУ, що з цих директив виникають.

Конкретно райздоровінспектори повинні брати відповідну участь в розв'язанні таких питань, як єдина аптека, поширення аптечної мережі, поліпшення якости ліків, забезпечення раціональної витрати медикаментів, виявлення та правильний перерозподіл внутрішніх ресурсів медикаментів та медобладнування по аптечних та лікувальних установах району тощо.

4) Пляни робіт міжрайонного фармінспектора НКОЗ та відповідної філії ВАУ, в частині, що стосується даного района, а також висновки по обслідуваннях аптустанов району належить погоджувати з райздоровінспектором.

5) Райздоровінспектори мають право обслідувати діяльність аптек свого району та свої висновки по обслідуваннях аптечних закладів повинні погоджувати з відповідним міжрайонним фармінспектором НКОЗУ, а по лінії госпрозрахункових аптпідприємств й з філією ВАУ.

6) В разі, по окремих питаннях не буде згоди поміж райздоровінспектором та філією ВАУ, то ці питання розв'язує відповідним міжрайонним фармінспектором НКОЗУ, що в разі потреби виїжджає на район для розгляду справи на місці. У випадках будьяких розходжень по окремих питаннях поміж міжрайонним фармінспектором НКОЗ та райздоровінспектором — справу остаточно розв'язує Наркомздоров'я.

7) Щоб забезпечити належний зв'язок аптеки з місцевою медикосанітарною організацією обов'язково вводити до наради при райздоровінспекторі завідателів найбільшими госпрозрахунковими та закритого типу аптеками даного районового центру.

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний**

Заст. керівника групи фармасправи **Лівшиц**

(*Об. розп. НКОЗ з 5 квітня* 1931 *р.*)

93. Про передачу до філій ВАУ непридатного медінструментарія

До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів) і міськрад (секцій охорони здоров'я), міжрайонних фармаінспекторів НКОЗ, до Всеукраптекоуправління

Наркомздоров'я пропонує всім без винятку лікустановам, що на держбюджеті, місцевому бюджеті та фонді меддопомоги застрахованим, негайно зібрати та передати до відповідної філії ВАУ (до якої їх прикріплено на медпостачання) увесь поламаний, попсований і взагалі непридатний медінструментарій.

Всеукраптекоуправлінню належить:

а) надіслати до всіх своїх філій розпорядження щодо прийому від лікустанов вищезазначеного медінструментарія, зобов'язавши філії періодично повідомляти ВАУ про вагову кількість та характер переданого;

б) вжити, погодивши справу з НКОЗ, відповідних заходів щодо належного використання зазначеного інструментарія.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Заст. керівника групи фармасправи **А. Ліфшиц**

(*Об. лист НКОЗ з 23 березня 1931 р. № 16-351*).

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів.

1. Про поліпшення побутового обслуговування робітників Донбасу.

Виконуючи постанову ЦК КП(б)У, Колеґія вжила чимало заходів, скерованих на піднесення санітарного стану робітничих селищ, гуртожитків, місць громадського харчування та інших установ, що мусять піклуватися про добробут робітництва.

Із окремих постанов і заходів Наркомздоров'я відзначимо тут такі:

а) Перед господарчими організаціями поставлено завдання розвинути потрібну кількість найпростіших санітарних та ізоляційних пунктів на підприємствах, поруч чого збільшується кількість лазнево-пральних загонів і пралень так, щоб на кінець 1931 року кількість перших становила 200, а других—130.

б) Щоб запобігти розповсюдженню пошесних хвороб у Донбасі, там широко провадитиметься кампанія профілактичних щеплень. Для найкращого запровадження низки протиепідемічних заходів та піднесення санітарно-культурного рівня робітничого населення, до справі оздоровлення Донбасу притягується робітничу суспільність, партійні та професійні організації, а також увесь медсанперсонал.

Водночас, колеґія НКОЗ звернулася до НКЮсту з клопотанням, щоб до організацій та осіб, винних в порушуванні санітарних правил та вимог санітарного догляду, особливо в Донбасі, було вжито відповідних заходів з прискоренням розгляду судових справ.

в) Щоб поліпшити меддопомогу в самих копальнях, Колеґія ухвалила найближчим часом закінчити організацію мережі підземних пунктів першої допомоги, забезпечивши всі копальні ношами, аптечками, індивідуальними пакетами тощо.

г) Уже 1931 року в Донбасі розгортається 24 єдині диспансери, що дійсно допоможуть наблизити меддопомогу та запровадження профілактичних заходів до виробництва та робітників, сприяючи водночас утворенню належних умов до виконання промфінпляну, боротьби з браком, прогулами, симуляцією та аґравацією.

д) Колеґія вирішила обов'язково закінчити будівництво в Донбасі 3.500 лікарняних ліжок, 350 інфекційних ліжок, 7 поліклінік та інше, що передбачено за пляном на цей рік. Щоб цілком забезпечити це будівництво, Наркомздоров'я зняв клопотання перед урядом, щоб об'єкти медично-санітарного будівництва було залічено до першої черги в справі постачання їх будівельними матеріялами.

є) Сектор кадрів має протягом 4-х місяців замістити всі вільні лікарські посади в Донбасі.

ж) У справі охматдиту вже протягом 1931 року мережу ясел буде розгорнено так, щоб цілком охопити ними дітей робітниць,

Мережу консультацій та молочних кухонь НКОЗ має розширити так, щоб ними охопити якнайбільше матерей і дітей, а літні майданчики при консультаціях, щоб охопити не менше, як 1000 немовлят.

Оздоровні установи в Донаасі повинні охопити не менше, як 150.000 дітей шкільного віку.

з) Санітарно-курортний сектор Наркомздоров'я має завдання забезпечити курортною допомогою робітників Донбасу в такий спосіб, щоб вони діставали її протягом цілого року й щоб 1931 року таку допомогу мали не менше, як 11.000, причому насамперед і в основному цієї допомоги мають дістати ударники (для них встановлюються окремі матеріяльні пільги).

За погодженням із Головсоцстрахом до будинків відпочинку поточного року буде направлено не менше, як 26000 робітників Донбасу.

Дальші ухвали та заходи Наркомздоров'я стосуються посилення мережі дієтичних диспансерів (вони мають охопити не менш, як 3.000 робітників, що потрібують спеціяльно-дієтичного харчування (вивчення справи фізіологічної раціоналізації в науковому розумінні) трудових процесів, зокрема в зв'язку з розширенням механізації Донбасу.

Уже другої половини березня місяця Наркомздоров'я відрядив дванадцять відповідальних робітників свого апарату (лікарів-фахівців у справах санітарних, раціоналізації харчування, саносвіти й санкультури тощо) в Донбас, щоб провадили вони там безпосередню роботу на виконання вищезгаданих постанов Колеґії НКОЗ *).

*) Багато з накреслених тут заходів уже здійснено, див. у цьому таки ч. бюлетеня статтю т. Єфімова.—Р е д.

2. Колеґія Наркомздоров'я про стан здоровоохорони на Тракторобуді і Дніпрельстані.

Доповіді про стан охорони здоров'я на двох велетенях соціялістичного будівництва на Україні Колеґія НКЗдоров'я заслухала 15 березня ц. р.

Наводимо тут основні моменти з постанов Колеґії.

А. Щодо Тракторобуду:

Колегія відзначила, що постанова ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян досить відбилася в роботі медсанорганізації, що обслуговує робітників Тракторобуду, пристосувавши свою роботу до безперевного тижня на Тракторобуді.

Якість медобслуговування значно піднесено поряд справжнього наближення меддопомоги до робітництва (пожвавлена діяльність пунктів першої допомоги, не зважаючи на незадовільний стан справи щодо забезпечення транспортовими заходами).

До позитивних моментів треба ще віднести широко розгорнену та диференційовану санітарну організацію, що протягом невеликого часу спромоглася дійти певних результатів, ліквідувавши, зокрема, вибух висипного типу, окремі захорування на черевний тиф. Задовільно провадиться профілактична протималярійна робота. Так само й саносвітроботу щільно пов'язано зо всіма заходами медсанчастини, а методи роботи відповідають умовам праці на будівництві.

До недоліків роботи медсанчастини Тракторобуду Колеґія, між іншими, віднесла таке:

а) робота пункту першої допомоги не може набути повного розвитку й задовольнити всі вимоги на швидшу допомогу через брак транспорту. Це особливо почувається за випадків потреби транспортувати хорих до міста, а також, щоб обслуговувати підчас нещасних випадків;

б) санітарний доброустрій, зокрема бараків, контроля громадського харчування, не зважаючи на певні досягнення, все ж таки незадовільний, бо в бараках ще спостерігається бруд; їжа в їдальних та буфетах недоброякісна, санітарна обробка не охоплює всіх, що цього потрібують.

Б. Щодо Дніпрельстану.

Колеґія констатувала, що директиви, які складав НКОЗ про реорганізацію медико-санітарної справи відповідно до основних принципів радянської охорони зоаров'я, про поліпшення медсанобслуговування робітників Дніпробуду, про те, щоб піднести санітарний стан території Дніпробуду до належної височини, щоб втягнути в будівництво здоровоохорони широкі маси, щоб доцільно та раціонально використовувати кошти, які відпускаються на буаівництво мережі медсанустанов (лікарні, поліклініки, амбуляторії, пункти першої допомоги, установи охматдиту тощо), — протягом двох років, що працює медично-санітарна організація на Дніпрельстані, не набули цілковитого й чіткого здійснення,

Обслідування та інші матеріяли, що їх уже неодноразово розглядала Колеґія НКОЗ, доводять, що на Дніпрельстані санітарний стан будівництва, особливо по окремих селищах, надто незадовільний. Кепсько працює пральня, бараки не задовольняють навіть невеликих вимог, що ставляться до них. Прибулих робітників санітарно майже не оброблюють. Незадовільно стоїть справа громадського харчування так щодо якости, як і кількости.

Особливо підкреслила Колеґія НКОЗ недостатність надання першої допомоги. Наявність лише п'ятьох пунктів, замість потрібних дванадцяти, гальмує, звичайно, справу наближення меддопомоги до основних виробничих одиниць. Особливо це спостерігається на будівництві промислового комбінату.

Колеґія відмітила надзвичайну недостатність місць у теперішніх лікарнях та обох поліклініках, які надто переобтяжені роботою.

Колегія відмітила також, що адміністрація будівництва дуже загаяла справу спорудження нових лікарняних установ. Це особливо дає собі почувати, що за загальним пляном будівництва існуючу лікарню мають незабаром зруйнувати та затопити.

Із промов так самого Наркома тов. Канторовіча як і інших, що брали участь у засіданні, виявилося, що на Дніпрельстані ще й досі не перебудували організаційної структури медсанобслуговування відповідно до основних вимог радянської охорони здоров'я (ще й досі Медсанупр Дніпрельстану підкоряється безпосередньо адміністрації будівництва). Отже, управління будівництва не приділяє досить уваги медично-санітарній справі й, не зважаючи на неодноразові вимоги Наркомздоров'я, не вживало потрібних заходів на те, щоб усунути санітарні недоладки, а іноді й безладдя на будівництві.

Вуло підкреслено також, що й саме медсануправління не спромоглося, як слід, поставити перед адміністрацією Дніпрельстану й допомогтися розв'язання всіх основних питань, зв'язаних із правильною організацією медико-санітарної допомоги на Дніпрельстані.

На вищезазначені доповіді Колеґія Наркомздоров'я склала ряд принципових і практичних пропозицій, скерованих на усування помічених недоліків:

Медсанчастині Тракторобуду Колегія запропонувала далі розгортати свою роботу, забезпечуючи потрібний контакт та участь всієї лікарської маси. До Раднаркому УСРР Колегія надіслала клопотання вплинути на управління будівництвом, щоб останнє прискорило будування установ охматдиту, зокрема, ясел. Перед управлінням Тракторобуду категорично поставлено питання, щоб як найскоріше було закінчено проєктування всіх об'єктів лікувально-санітарного будівництва, щоб вже поточного будівельного року будівництво було закінчено, колегія далі визнала за потрібне, щоб транспорт швидкої допомоги на Тракторобуді було збільшено на 2 автомашини.

Щодо кадрів медперсоналу на Тракторобуді, то Колегія, констатувавши, що лікарської маси та взагалі медробітників на Тракторобуді досить, запропонувала МСУ посилити раціоналізаційну роботу, прямуючи на якнайбільше використання внутрішніх кадрових ресурсів.

Відносно медсанупру Дніпрельстану, Колегія визнала за потрібне поставити перед відповідними вищими органами Союзу питання про передачу Медсанупру Дніпрельстану до відання НКОЗ УСРР, залишивши колишні кредити та грошове асигнування без зменшення. Водночас Колегія висловилася за те, щоб об'єднане управління Дніпробуду, поряд матеріяльно-фінансової участи в будівництві медсанустанов, провадило все будівництво медико-санітарних закладів за пляном, погодженим із НКОЗ. Перед управлінням Дніпробуду поставлено категоричні вимоги найближчим часом закінчити проєктування всіх лікувально-санітарних установ, що їх мають збудувати цього року та щоб на час зруйнування теперішньої лікарні медсанбудівництво було закінчено.

Колегія категорично запропонувала МСУ Дніпрельстану вжити рішучих заходів до піднесення санітарного стану гуртожитків, їдалень, розвинути максимально роботу лазень, дезінфекційних заходів тощо. Сектору кадрів НКОЗ Колегія запропонувала подбати про якісне вкомплектування кадрів медробітників на Дніпрельстані.

3. Про стан медобслуговування водників.

Доповіді, що склали в цій справі представники Медсанупру Катерининської зал., уповноважений у Херсоні та інш., довели, що водників забезпечено лікувально-профілактичною допомогою недосить, особливо, якщо зважити на велику потребу приділити групі водників особливу увагу в теперішній період, коли питома вага водного транспорту підноситься на значну височінь. Не набула ще потрібного розширення профілактизація лікувальної допомоги, через що дуже обмежена диспансерна робота, майже не провадять плянової санації, КОПП'и працюють дуже кволо.

У Херсоні кількість застрахованих водників зросла, і лікарня й поліклініка не можуть уже впоратися із справою медсанобслуговування.

НКОЗ підкреслив іще, що уповноважений МСУ не виявив належної ініціятиви в справі доцільного використання фінансових можливостей (залишилося невикористаних 20.000 крб., на які можна було розвинуто ряд елементів медобслуговування).

Брак керівництва від Водсанупру призводить до абсолютно незадовільного медобслуговування цілих водних дільниць у районах Запоріжжя, Херсона та інш. Санітарний лікар Водсанупра, як виявив НКОЗ, увесь час працював, не маючи конкретного пляну роботи й в усякому разі не урахував тих завдань, що покладено тепер на водний транспорт Мало впливаючи на такі галузі оздоровлення побуту, як житлова справа, санлікар не спромігся завоювати від адміністрації досить уваги на його вимоги.

Пропозиції, що складено Водсанупрові, містять у собі вимоги усунути найкоротшим часом виявлені хиби. За недостатнє керівництво роботою Запорізького ЦСР'а, Водсанупру висловлено догану. Для детального ознайомлення із санстаном згаданих районів відряджено було ст. санінспектора сектора траспортової медицини.

4. Про запровадження санітарного мінімуму.

Переведення в життя ухваленого недавно від уряду УСРР закону про санмінімум стає тепер, за постановою колегії НКОЗ, бойовим завданням для всього Наркомату та всіх місцевих органів охорони здоров'я в цілому.

Роботу щодо запровадження санмінімуму цілком пов'язується тепер із загальними заходами, скерованими на виконання директив ЦК КП(б)У в справі поліпшення побутового обслуговування пролетаріяту та на виконання постанов вищих органів.

Найближчі заходи НКОЗ стосуються таких пекучих питань, як оздоровлення транспорту (оздоровлення побуту та відпочинку паровізних і поїзних бригад, харчування), оздоровлення побутових умов робітників вугільної промисловости та основних промислових підприємств, радгоспів, МТС та інш.

Окремі кампанії, як „Місячник чистоти", „Оздоровлення громадського харчування", „Культбуксир Донбасу" та інш., організаційно між собою пов'язуються й провадитимуться за частини загального пляну здійснення санмінімуму.

Усім групам і частинам НКОЗ Колегія склала пропозиції та завдання як першочергову роботу в справі здійснення санмінімуму.

Найближча оргробота в цьому питанні є опрацювання плянів санмінімуму в місцевих органах та установах охорони здоров'я. Ці пляни, звичайно, мусять проводитись через спеціяльні постанови президій райвик'ів і міськрад.

5. Як провадитиметься дитяча оздоровна кампанія 1931 р.

Плян, що його передбачає НКОЗ, накреслив значне збільшення оздоровних заходів серед дітей на поточний рік. Якщо 1926 року ці заходи охопили 96 767 дітей, то 1928 р. ця цифра сягає 99.741, 1929 р.—163.333, а 1930 р.—вже геть більша, а саме 342.907.

Цього року, звичайно, у зв'язку з політехнізацією шкіл та величезним заходом щодо запровадження загального початкового навчання, вищезазначені темпи зростання задовольняти не можуть. Отже, теперішній плян накреслює охопити оздоровними заходами понад 1.900.000 дітей. Цього року, ще більше ніж досі, Наркомздоров'я пропонує диференціювати запровадження оздоровних заходів, маючи своїм завданням перетворити цю кампанію на таку, що провадиться протягом усього року та має в собі всі властивості та особливості, що вимагає кожний вік дітей.

Для переддошкільного віку, себто для дітей до 4 років, НКОЗ вважає за основний оздоровний заклад—це ясла, до того ж такі, що влітку переносяться частково на повітря. Отже, яслами передбачено охопити близько 5.000 дітей по містах і 500.000 дітей у соціялістичному секторі села (в останньому утворюється понад 10.000 сезонових ясел).

На дошкільний вік (4—8 років) за основну форму оздоровних закладів правитимуть у місті дитячі садки і майдани, які мають охопити 100.000 дітей Донбасу, 130.000 дітей по великих промислових містах, 50.000—по напівпромислових містах, по інших місцях теж 50.000, а разом 330.000 дітей. Що ж до села, то тут за вказівками Наркомздоров'я утворюються лише окремі групи для дітей згаданого віку про сезонних яслах. Таких груп буде 10.000 на 200.000 дітей.

Дітей школярів (8—15 років), так і місті, як і на селі, в основному обслуговуватимуть шкільні майдани; поряд цього вживатиметься форми шкільних колоній Заходи НКОЗ та периферії мають охопити близько 900.000 дітей, або 25 | всіх школярів. Тут на Донбас і промислові міста припадає 375.000, на напівпромислові 120.000 та інші.

Основні характерні моменти оздоровної кампанії цього року полягають у тому, щоб ширше охопити переддошкільників, віддаючи особливу увагу Донбасу та соціялістичному секторові села, а також щоб якнайбільше тимчасових ясел перетворити на постійні. Протягом наступного літа, за директивами й плянами Наркомздоров'я, запровадження оздоровних заходів проходитиме під знаком широкого застосування природніх оздоровних чинників, пильного додержування денного режиму та санітарного мінімуму. Нарешті, щоб відбити в роботі оздоровних заходів вимоги політехнізації шкіл та нових умов навчання. Як обов'язковий елемент оздоровної кампанії вводиться цього року громадсько-корисна праця дітей, військова санітарія, використання дитячої активности для пропаганди господарсько-політичних завдань партії та влади та інш.

Додержування клясового принципу відіб'ється в тому, щоб найбільшу кількість місць надавалося дітям робітників (90% у Донбасі, 80% по промислових центрах і 60% в решті місцевостей), а також дітям колгоспників робітників радгоспів та інш. Переважний відсоток місць надаватиметься дітям—піонерам.

На запровадження згаданих заходів потрібні витрати понад 13.000 тис. крб. Тут братиме участь місцевий бюджет в сумі 3.000.000 крб., фонд меддопомоги застрахованим 2.200.000 крб., кошти Колгоспцентру, дитячих установ, кооперації тощо становитимуть близько 4.000.000 крб. і т. інше.

6. Про впорядкування аптечок першої допомоги.

У додаток до п. 13 обіжника № 3 „про участь органів охорони здоров'я. профорганізацій, МСТ, Райкомів та всіх медробітників у проведенні виробничої сільгосподарчої кампанії на селі 1931 р., зокрема весняної сівби", що надруковано в бюлетені Наркомздоров'я № 1 від 15 січня 1931 р., НКОЗ запропонував ужити термінових заходів до впорядкування та поповнення аптечок першої допомоги, що 1930 р. їх одержали радгоспи, колгоспи, комуни та артілі. Слід договоритися на місцях про те, щоб поповнення цих аптечок так тепер, як і надалі робилося коштом радгоспів, колгоспів, комун та артілей і лише на крайній випадок поповнювати на перший раз коштом фондів медпостачання поліклінік, лікарень та амбуляторії.

7. Операційний і торговельний плян ВАУ.

Операційний плян підприємств Всеукраїнського Аптекоуправління передбачає чимале збільшення випуску продукції порівняльно до минулого року, а саме:

Завод ім. Свердлова (Київ) на 59,5%
„ протезний „ „ 194,6%
Фабрика штучних зубів 299.0%

Загальна сума випуску продукції становитиме близько 4.800.000 крб., що має відповісти вимогам НКОЗ. Капіталовкладення становитимуть 523.228 крб. (ця сума не остаточна).

Торговельний плян ВАУ Колегія НКОЗ затвердила сумою 62.300.000 крб. (минулого року було 49.617.000 крб.),

До фінпляну ВАУ за постановою Колегії НКОЗ включено на 1931 р. витрати в 500.000 крб. на підготовку кадрів і 85.000 крб. на справу винахідництва.

8. Про комплексно-циклову систему навчання в мединститутах.

Цю систему частково вже почали запроваджувати поки що, як спробу, в Харківському мединституті. Головна ознака цієї системи полягає в тім, щоб протягом певного часу коштом зменшення кількости дисциплін викладати студентству порівняльно небагато дисциплін, але з тим, щоб студент більш зосереджував увагу на цих небагатьох дисциплінах та глибше їх вивчав. Доповідь Харківського мединституту, що її нещодавно заслухала колегія НКОЗ, визначила певні переваги цієї системи, що підвищує загалом ступінь засвоювання дисциплін, що посилює зв'язок між викладачами та студентами (через частіші лекції, семінари тощо).

Колегія визнала за доцільне продовжити спробу запровадження комплексно-циклової системи й доручила Харківському та Київському мединститутам вживати цієї системи на окремих курсах протягом поточного семестру. Наслідки запровадження цієї системи буде наприкінці навчального року детально вивчено.

9. Як інститути повинні керувати периферією.

Після жвавого обміну думками, за якого чути було від деяких учасників засідання побоювання того, що може виникнути плутанина або непорозуміння в справі керівництва периферією, (мовляв, інститути можуть привласнити собі деякі права медико-санітарного сектору та райздоровінспекторів на місцях), Колегія ухвалила таке*):

а) На наукові інститути покладається керівництво організаційно-плянове, спеціяльними галузями медсанмережі.

б) Медсансектор Наркомздоров'я, як і досі, керує райздоровінспекторами в справах забезпечення периферії всіма видами меддопомоги. Сектор науки здійснює своє керівництво периферією через своїх інспекторів та через обласні інститути.

Відповідно до цієї постанови незабаром буде змінено положення про інститути, а загальні установки в цій справі буде розгалужено між секторами.

10. Про вкомплектування науково-практичних інститутів НКОЗ периферійними робітниками.

Останнім часом виявилося, що наукові-практичні інститути почувають надзвичайно гостру потребу в нових кадрах. Щоб поповнити ці кадри, Наркомздоров'я дав місцям відповідні роз'яснення щодо відрядження та призначення робітників, що мають навчатися на курсах або обіймати посади асистентів та наукових робітників по інститутах. Тимчасом деякі райвиконкоми й міськради частенько чинили опір від'їзду таких обраних або призначених робітників для роботи в інститутах. Довелося тепер вжити рішучих заходів до забезпечення негайного приїзду робітників, що їх мають використати на роботі в наукових інститутах.

11. Про розвиток виробництв у психлікарнях

Зважаючи на те, що вживання трудових процесів має чимале значення в розумінні того, що відтягують психічних хворих від їхніх патологічних внутрішніх переживань, а також, що трудові процеси є засіб приєднання заслаблих елементів психічної діяльности людини до роботи, Колегія НКОЗ визнала за потрібне вжити заходів на дальше розвинення виробництв по всіх лікарнях. Особливо Колегія спинилася на корисності вживання роботи психхворих у сільському господарстві, що й досі вже призвела до організації низки сільсько-господарських лікувальних колоній (а тепер воно є підставою для розвитку при психлікарнях власних радгоспів). Звернено увагу на те, що із загальної кількости всіх психхворих можна втягнути до трудових виробничих процесів не менше 60 — 70%, продукція яких може дати також чималий економічний ефект, що безперечно поліпшить медичногосподарчий стан психлікарень, а головне, — самих психічних хворих.

*) Реєстр і розподіл інститутів щодо обслуговування районів див. у додаткові.

Отже, Колегія вирішила, щоб і надалі продовжували по всіх лікарнях практику використання робсили психхворих у трудових процесах. Проте, ураховуючи, що сільсько-господарські колонії по психлікарнях неможна дорівнювати за специфічними умовами до звичайного радгоспу (бо втягування психхворих у трудові процеси являє собою також і лікувальний певний засіб), Колегія вирішила, щоб до них не складалося звичайних для сільських господарств вимог щодо негайного та повного засвоєння земельних учасків, щодо складання сільсько-господарських плянів, реалізації продукції тощо.

Колегія НКОЗ звернулась до Наркомзему із клопотанням, щоб останній, розподіляючи трактори, посівний матеріял та сільсько-господарські машини, ураховував заяви всіх лікарень для потреб сільсько-господарських колоній.

12. У надзвичайній комісії в справах боротьби з епідеміями

а) Про хльораторну справу.

Із доповіді, що заслухала надзвичайна комісія, виявилося, що в Харкові розпочато організацію виробництва хльораторів із маштабом виготовлення вже поточного року 300 хльораторів (цю роботу переважно розгортається до початку літнього сезону).

Зважаючи на те, що виробництво хльораторів має за мету унешкоджувати питтьову воду, яко спосіб зменшити епідемічну захорувальність, а також, що в наслідок організації такого виробництва можна буде припинити довіз хльораторів із-за кордону, надзвичкомісія порушила перед ВРНГ УСРР питання про те, щоб виробництво хльораторів цілком забезпечити потрібним матеріялами. Для допомічного персоналу, що має обслуговувати хльораторне господарство, визнали за потрібне утворити спеціяльні курси практичних робітників хльорувальної справи.

б) Про санітарний стан студентських гуртожитків.

Відомості, що їх дістала надзвичайна комісія, доводять, що дуже незадовільний санітарний стан студентських гуртожитків залежить не лише від надмірної перевантажености їх та непідготовлености нових будинків до переселення студентів, але також і від того, що свого часу не було переведено потрібних організаційних та адміністративних заходів від комунальної секції Харківської міськради та адміністрації будинків студгуртожитків

Так тамо й інститут вивчення праці та побуту студенства й собі теж не розгорнув належної саносвітроботи серед студенства, щоб піднести в ньому санітарну дисципліну. Чимало впливає на антисанітарний стан також і брак належних душевих та дезінфекційних уставлень.

Отже, комісія ухвалила, щоб сандогляд студентських гуртожитків міста Харкова було ґрунтовно реорганізовано та посилено тим, щоб якнайскоріше було закінчено будівництво гуртожитку „Гігант", в якому насамперед провести остаточне обладнання душевих уставлень та інш. заходів санітарії.

Запропоновано також комгоспу придбати негайно ще 2 дезінфекційні камери, які встановити по найбільших гуртожитках. Управління будинків повинно протягом найкоротшого часу забезпечити всі корпуси гуртожитків відповідною кількістю кип'ятильників, щоб студентам не доводилось ходити із корпуса до корпуса по окріп. Звичайно, чимала доля в справі боротьби з антисанітарією припадає на саме студенство, що мусить проявити належну самодіяльність у справі боротьби з антисанітарією.

в) Доповіді з місць.

Протягом останнього місяця надзвичайна комісія заслухала знову ряд доповідей про епідемічний стан декількох рийонів — Кадієвського, Чернігівського, Ново-Санжарського, Емільчанського та інш. Особливу увагу спинив на собі Кадієвський район, в якому, як констатувала надзвичайна комісія, спостережено багато недоліків щодо санітарного стану робітничих касарень та гуртожитків. Незадовільно стояла також справа санстану їдалень та кухонь. Особливо припадає на очі те, що від господарчих та комунальних органів зовсім не почувається належної уваги до поліпшення санітарного стану м. Кадієвки та робітничих будинків. *)

Пропозиції, що склала надзвичайна комісія, охоплюють всі моменти виправлення помічених недоліків. На райздоровінспектора покладено великі завдання — рішуче зрушити

*) Треба відмітити, що останні заходи Наркомздоров'я, особливо ті, що їх вжито на виконання останньої постанови ЦК КП(б)У про поліпшення побутових умов робітників Донбасу, вже дали певні позитивні зрушення.—Ред.

справу боротьби з антисанітарією в районі, притягнувши до безпосередньої допомоги так самий райвиконком, міськраду. як і всю лікарську масу, а також пролетарську суспільність.

На декількох винних осіб накладено кари, як-от:

а) Головлікаря Петромар'євської лікарні Устименка притягнено до права за неприпустимий стан лікарні;

б) Завгоспів Кадієвської райполіклініки Гуню та Миколаєва ухвалено зняти з роботи та заборонити їм працювати в лікарняних установах;

в) Головлікаря Кадієвської поліклініки Розенберга знято з роботи із забороною обіймати відповідальні посади протягом 2 років;

г) За дезорганізацію роботи в Кадіївській поліклініці ухвалено зняти з аспірантури лікаря Крицман, яку притягнено до суворої відповідальности.

Водночас, надзвичайна колегія зняла клопотання перед заступником Генерального прокурора тов. Приходьком, щоб негайно було притягнено до найсуворішої відповідальности керівників Кадієвської, Брянської, Першомайської Голубівської шахтоуправ, а також директорів коксобензольного заводу та Алмазнянського заводу об'єднання „Сталь".

Надзвичайна комісія звернулася до вищих партійних, радянських та професійних органів з проханням дати вказівки відповідним периферійним органам та організаціям, щоб допомагали вони органам охорони здоров'я в справі здійснення накреслених оздоровних і профілактичних заходів та допомагали б мобілізовувати робітничу суспільність навкруги питань, зв'язаних з поліпшенням санітарного стану.

Щодо решти районів, то надзвичайна комісія відмітила, як недолік великої ваги, велику недостатність матеріяльної бази для боротьби з епідеміями: брак епідфонду, належної кількости інфекційних книжок, кволу роботу лябораторій та інш.

Окремим районам надзвичайна комісія надала допомогу, давши їм коштом НКОЗ пересувні лазнево-пральні загани, грошові дотації з центрального епідфонду та інш.

13. Кари за неприпустимий стан лікарні

До НКЗдоров'я надходили кількаразові повідомлення про неприпустимий стан, в якому перебуває лікарня заводів ім. Ілліча в Маріюполі.

Лікарня надто перевантажена, в ній бракує потрібного ладу, не додержують належних правил санітарії тощо.

Виявдено водночас, що будівництво нової лікарні (лікарню будують з 1929 р). дуже загаялося.

Колегія НКОЗ за недозволений стан лікарні оголосила догану голові секції охорони здоров'я Маріюпільської міськради т. Ганджієві і головлікареві т. Боровецькому. Завідателя господарства знято з роботи.

До Маріюполя відряджено представника НКЗдоров'я, який ще раз обслідує ґрунтовно стан лікарні заводів ім. Ілліча та вею мережу мелсанустанов м. Маріюполя та приміської смуги.

Пляново-будівельному бюрові, що при НКОЗ, запропоновано взяти під особливий нагляд і контролю будівництво нової лікарні в Маріюполі.

Колегія ухвалила водночас ужити рішучих заходів до піднесення санітарного й господарчого стану лікустанов. На всі випадки порушень і припущення антисанітарії Колегія реагуватиме накладанням на винних кар, що включатимуться до трудових списків.

14. Про боротьбу із злочинами в галузі громадського харчування

Постанова РНК УСРР про життя рішучих заходів у справі поліпшення громадського харчування викликала низку заходів від НКЗдоров'я*)

Зважаючи на те, що справі налагодження роботи їдалень значною мірою заважали явища загаювання розгляду судових позовів проти винних у антисанітарному стані місць громадського харчування, НКОЗ звернувся з відповідним клопотанням до НКЮсту.

Нині НКЮ склав місцям вимогу подати відомості про притягнення до кримінальної відповідальности керівників та окремих працівників закладів громадського харчування за виявлену безгосподарність. бездіяльність, неохайність і бругальне поводження із споживачами.

НКЮ близько зацікавився всіма цими справами, вимагаючи вичерпних відомостей щодо виявлення хиб у розгляді їх, виявляючи склад винних, обставини обвинувачень тощо.

*) Див. попереднє ч. бюлетеня.

15. Про прокурорський нагляд розсліду справ порушення санітарного стану гуртожитків у Донбасі

За поданням Наркомздоров'я заступника НКЮсту т. Приходько звернувся до всіх прокуратур Донбасу із пропозицією всіма заеобами сприяти справі санітарного поліпшення гуртожитків для робітників Донбасу. Прокурором запропоновано насамперед обстоювати перед місцевими й адміністративними органами, щоб в справі регулювання санітарного стану робітничих гуртожитків Донбасу було негайно видано відповідні обов'язкові постанови.

Прокурорам належить встановити спеціяльний догляд роботи адміністративних органів у цій справі, домагаючись застасування адмінзаходів на випадки порушенни санітарних правил (у цій справі прокурорам належить здійснювати зв'язок з органами санітарної інспекції). Далі прокурорам запропоновано забезпечити реальний нагляд за розслідом справ про порушення санітарних правил, а також щодо швидкого просування таких справ у органах розсліду.

Судовим органам належить забезпечувати, щоб справи швидко проходили в судових засіданях, а окремі характерні справи ставилися показовим порядком.

(*Із листа НКЮ № 6948 26 березня 1931 р.*

16. Про популяризацію постанови московського обкому ВКП(б) щодо роботи мосздоровввідділу

Колегія вжила заходів до того, щоб з постановою Московського Комітету ВКП(б), що засуджує опортуністичну діяльність верхівки Мосздоровввідділу, було якнайширше зазнайомлено всі сектори НКОЗ УСРР, а також і периферію. Відповідальним робітникам НКОЗ запропоновано вмістити в журналах НКОЗ низку статей про уроки Мосздоровввідділлу. (*Одну таку статтю вже вміщено в бюлетені НКОЗ № 6—7*).

IV. Об'яви та оголошення

1. Про тих, що свавільно кинули свою роботу

Нижчезазначених лікарів-дезертирів НКОЗ пропонує не брати на роботу, а про їхнє місцеперебування подати відомості до Наркомздоров'я.

№№ по черзі	Прізвище та фах	Де працював	Посада	Примітка
1	Лянге (лікар)	Казатинськ. р-н Самгородок	Лікар	
2	Корчан Зінаїда Васильовна (лікар) . .	„	Білопільськ. лікар	
3	Каменський (лікар) . .	„	Юзівський лікар	
4	Келісо (лікар)	Хмільницьк. р-н	Зав. Терешпільськ. амб.	Є відом. що виїхав до Київа
5	Цімпа (лікар)	МСУ Півд. та Донецьк. зал.	Лік. Попаснянської лік.	
6	Бакман (лікар)	Гайсинськ. р-н	Зав, медамбулат. с. Зятківці	Є відомості що виїх. на ст. Вапнярку
7	Зіберт-Карро Ніна Олексіївна (лікар)	Джулінськ. „	Зав. Тернівської дит. консульт.	
8	Мільтер Я. Б. (лікар) .	Устимівськ. „	Зав. медамбулат. кол. Сагайдак	

№№ по черзі	Прізвище та фах	Де працював	Посада	Примітка
9	Фридман О. С. (лікар)	Васильківськ. р-н	Зав. Барахтянської амбуляторії	Є відом., що виїхала до Києва
10	Танклевіч Фіма Григ. (лікар)	Криворізьк. „	Лікар. Жовтн. копальні	
11	Ремізова А. С. (лікар)	Оріхов.-Зуєв. „	Лік. психоневр. Оріх. Зуєв. єдиного диспанс.	
12	Барт К, А. (лікар) . .	Миколаїв. р-н	Лік венеролог	
13	Демідовіч (лікар) . . .	Комаринськ. р-н (Білорусь)	Лікар	Закінч. Білоруськ. медінститут 1929 р.
14	Павлова Т. М. (лікар) .	Гола-Пристань	Лік. Гопри	
15	Мезенцева Ганна Дмитровна (лікар) . . .	Охтирський р-н	Лікар дитмістечка	
16	Криштаб Ніна Сергієвна (зублікар)	Казатинськ. „	Зублікар В.-Махаринецьк. амбул.	
17	Драпкина Д. І. (зублікар)	Васильків. „ (на Дніпр.)	Зублікар Васильків. лікарні	
18	Ратнер (зублікар) . .	Вапнярськ. „	Зублікар с. Гракова	

2. Виключаються зі списку дезертирів:

1. Лікпом Карсим Ф. С., про якого виявлено, що він працює в Ірпінській конторі яка будує ФЗУ.
2. Лікпом Науменко (колись працював у Стеблівській лікарні), що повернувся до району й розпочав роботу в Сидорівському лікпунті.
3. Лікарня Остряниця О. В., що працює в Ровенецькому районі.
4. Лікар Рутицький В. Г. на підставі поданих пояснень.

3. Конкурси

а) Оголошується конкурс на 2 вільні місця інтернів при Харківському Тубінституті для Сосновського Курупру.

Умови — 125 карб. на місяць.

Підчас роботи в Сосновському курорті в сезоні з 10 травня по 1 жовтня санпайок за собівартістю й житло.

Термін інтернатури — Дворічний.

Заяви подавати до Харківського Інституту удосконалення лікарів до 10 травня (Харків. вул. Артема 8).

б) Одеський державний медінститут оголошує конкурс на заміщення штатних посад професорів: завідателя факультетської хірургійної клініки та завідателя катедри епідеміології.

Осіб, що бажають взяти участь у конкурсі, просять подати до канцелярії медінституту (Валихівський завул. ч. 2) заяву на ім'я директора інституту, додавши докладний життєпис, наукові праці або перелік останніх.

Бажано, щоб було також додано й висновки наукових авторитетів.

Останній термін подачі заяв — 30 травня 1931 року.

4. Привітання Наркомздоров'ю

а) **Дніпропетровське.** 13 березня 1931 р.

Міжрайонова нарада робітників охорони здоров'я шле палке вітання Наркомздоров'ю УСРР та запевнює, що завдання, які стоять перед органами охорони народнього здоров'я на третій вирішальний рік п'ятирічки не тільки виконаємо. але й перевиконаємо.

Відповідаючи шкідникам взагалі й зокрема в медичній справі, робітники здоровоохорони скерують свою роботу в своїх районах на втягнення широкої робітничо, селянської громадськости в справу будівництва соціялістичної здоровохорони, боротимуться проти опортунізму та лівих закрутів, за чітку клясову лінію в радянській медицині.

Президія

б) **Верхнедніпровське.** 6 березня 1931 р.

Перша районна конференція медробітників Верхнедніпровщини, обговоривши питання найкращого обслуговування соцсектора підчас засівної та уборочної кампанії, шле палке вітання Наркому т. Канторовічу. Запевняємо, що всі здоровробітники працюватимуть ударно, соцзмагаючись з Петриківцями до кінця кампанії.

Президія

в) РАПОРТ

від випуску молодих лікарів Дніпропетровського Мединституту

28 лютого 1931 р. Дніпропетровський Медичний Інститут випускає 148 лікарів.

148 червоних медиків відряджаються до робітничих центрів та колективізованих, соціялістично-реконструйованих сел. Без будьяких хитань ми залишаємо ВИШ, щоб вглибитися в безпосередню вперту більшовицьку практичну роботу.

Запевняємо Наркомздоров'я, під керівництвом якого ми безпосередньо виховувалися, що цієї роботи ми не боїмося, що на більшовицькі темпи в практичному застосуванні медичної науки на користь соціялізму ми із захопленням чекали.

Партійний комітет і ВИШ навчили нас Ленінових метод роботи.

Соціялістичне змагання та ударництво ми здійснювали за Сталіновими вказівками.

Впертою і відданою академічною і громадською роботою ми дістали перехідного курсового червоного прапору.

Проте, ми прекрасно собі уявляємо, що червоний прапор зобов'язує нас не тільки виконувати завдання партії і Уряду в межах ВИШ'у і Вишівської роботи.

Ми понесемо наш ентузіязм у маси, в життя, в соціялістичну творчість.

Ми запевняємо, що в своїй роботі будемо твердо дотримуватися генеральної лінії партії тому, що тільки ця лінія веде перед у оздоровленні робітниче-селянських мас, у ґрунтовній соціялістичній перебудові побуту.

Крім виконання медично-санітарних обов'язків, що саме тепер набувають найактуальнішого господарчого значення, ми будемо активно реконструювати промисловість і сільське господарство на соціялістичних засадах, ми будемо здійснювати культурну революцію.

Ми потрібні країні рад, ми знаємо, що робітниче-селянські маси чекають на нас саме тепер — за доби найгострішої клясової боротьби.

Нечуване цькування Республіки соціялістичної праці від капіталістів всього світу, нечуване шкідництво, здійснюване гнилими, заглиблими прошарками буржуазної інтеліґенції, в тому числі й частки старих лікарів — ставлять перед нами на всю свою широчінь нові задачі в новій поставі.

Отже, ми розуміємо добре важливість і складність боротьби з цими клятими ворогами, але бадьоро йдемо вперед, віряча в переможну силу соціялізму.

Під випробуваним керівництвом компартії ми зуміємо заступити цих шкідників і з честю виконати наші пролетарські обов'язки.

Хай живе всесвітній Жовтень!

Хай живе випробована Сталінова боротьба на обидва фронти, за чистоту генеральної лінії партії!

Хай живе остаточна перемога праці над капіталом!

г) З Василькова (кол. Київськ. окр) 12 лютого 1931 р.

Медробітники Васильківщини, зібравшись на свою першу районову конференцію за участю представників від партійних та громадсько-професійних організацій, а також наркових закладів Києва, шлють палке привітання Народньому Комісаріятові Охорони Здоров'я України.

Поставивши на порядку денному питання про аавдання охорони здоров'я на реконструктивну добу, про контролкоі числа на 1931 рік, про науконо-дослідну діяльність на Васильківщині, про перевід роботи Васильківської медично-санітарної організації на методи єдиного диспансеру та про участь медробітників у весняній засівкампанії, ми обіцяємо розв,язати ці питання в дусі вказівок та директив НКОЗ, скерувавши їх напрямком поліпшення умов праці та побуту робітників та соцсектору села, на допомогу здійснення пляну великих робіт третього вирішального року п'ятирічки.

Райздоровінспектор **Цинобер**

МЕДНОВИНКИ УКРКНИГОЦЕНТРУ ДВОУ

(Харків. вул. К. Лібкнехта № 31)

ВИЙШЛИ З ДРУКУ:

Автор	Назва	Ціна
	Укр. мовою:	
Михайловський	Профілактика і гігієна голосу	—.60
Дудко та Мутило	Медична допомога в нещасних випадках . . .	—.18
Ланда	Як убезпечити дітей від заразл. хвороб	—.10
Туркельтауб	Серце і кровоносна система	—.10
Літвишко	Зародження людини	—.10
Соколов	Перерва в роботі й продукційн. праці	—.10
Абугов	Гігієна доглядачки й санітарки	—.10
Бордаков	Соя та її харчове значення	—.18
Александровський	Гігієна тракториста	—.20
Ніколаєв	Що повинен знати колгоспн. про своє здоров'я	—.15
Бондаренко	Зелені садіння на селі	—.10
Суєтін	За громадську пральню	—.15
Рапопорт	Завдання лікаря в радгоспах та колгоспах . .	—.20
Рапопорт	Що повинен знати вступник до медичної вищої школи	—.25
Рабінович	Як запобігти вагітності та уникнути аборту . .	—.97
Поволоцький	Як і для чого роблять операції	—.10
Петров	Сифіліс і шлюб	—.08
Рубашкін	Елементи гістології (част II вип. 1)	3.60
Екель	Сучасна міська школа в гігієн. освітл.	2.00
„	Труди першої сесії Всеукраїнської Вченої медичної ради	1.20
„	Що таке пістряк та як його лікувати	—.20
Поволоцький	Пістряк як соціяльне лихо	—.10
Патерило	Пістряк у курців	—.10
Поволоцький	Пістряк молочнівки (грудної залози)	—.10
Ємченко	Ляораторна фізіолог. хемія (част. II)	2.10
Маркович	Супутник лектора	1.50
Хаптун	Етіологія каріосу зубів	1.30
Брон	Сон, є — джерело здоров'я	—.08
Білоусов	Курортна допомога дітям	—.10
Холодний	Книжка для гуртків першої допомоги	—.30
	Плякати (рос. та укр. мовою)	
Плякат	Соя — найкорісніша рослина	—.85
„	Соя — добрий харч	—.65
Плякати-гасла	На боротьбу з алькоголізмом (серія з 11 назв.)	—.50
Плякат	Соя полезнейшее растение	—.65
„	Соя хороший пищевой продукт	—.65
„	Труды первой сессии Всеукраинского Ученого Медицинского Совета	1.30

Автор	Назва	Ціна
	Здорова мати й здорова дитина	
Н. Назаров	Яких заходів треба вживати, щоб дитина була здорова	—.10
О. Кричевська	Поради матерям як виховувати дітей	—.10
С. Шаферштейн	Коклюш та вітряна віспа	—.10
С. Я. Шаферштейн	Дифтерія	—.10
	Бібліотека курортника	
В. Білоусов	Курортна допомога дітям	—.10
Б. Альперович	Мінеральні води	—.10
М. Туркельтауб	Що треба знати селянам про курортну допомогу	—.10
Б. Альперович	Лікувальні грязі	—.10
Л. Гоц	Як організовано радянські курорти	—.10
	Бібліотека за здорове та правильне харчування	
Д. Кузнецов	Кухня	—.10
М. Єфренова	Громадське харчування	—.10
С. Соркін	Що таке дієта	—.10
І. Сергій	Шляхи оздоровлення громадської їдальні	—.10
С. Берхан	Харчуйтеся більше городиною	—,10
Ф. Єрухімович і Л. Клаф	Санітарія та гігієна громадського харчування	—.10
А. Агеєв	Харчування в полі	—.10
Ф. Єрухімович і Л. Клаф	Як організувати харчування в колгоспах	—.07
С. Фомін і А. Слинько	Соя	—.15
С. Коломойцева	Поради колгоспниці як годувати дітей	—.48
Ф. Яценко	Сівба та оздоровлення харчування	—.10
	Нове село	
Ю. М. Фінклер	Боротьба з висипним тифом на селі	—.06
Прив.-доц. А. Н. Ніколаєв	Що повинна знати колгоспниця про своє здоров'я	—.15
Д. Кузнецов	Сівба і здоров'я	—.15
Д. В. Кузнецов	Перша медична допомога в степу	—.12
В. Бондаренко	Гігієна звичайного селянського життя	—.64
М. Теверовський	Гігієна с.-г. робітниці	—.10
Б. Александровський	Гігієна колгоспу, праця і відпочинок	—.15
Д. Кузнецов	Жнива й здоров'я	—.10

6. Про удосконалення змісту видаваних довідок про хворобу

На увагу!

Деякі лікувально-профілактичні установи видають хворим, що до них звертаються ріжні довідки, на підставі яких хворі вимагають, щоб НКОЗ або місцеві органи охорони здоров'я відряджували їх на курорти, санаторії та інші лікувальні установи.

Цим пояснюється, що у видаваних довідках треба зазначати лише час перебування хворого в лікустанові, діягнозу. Вміщувати ж які б то не було вказівки про те, якого лікування потрібує хворий надалі, категорично забороняється.

Відповід. редактор **С. І. Канторовіч**

Фахівець-літун

Гром. Авербух О. С., запрошений на посаду референта Наркомздоров'я, дав свого часу повну згоду на це й був призначений на відповідну роботу. Потім, раптом, Авербух відмовився посісти запроновану посаду й свавільно перейшов до іншої установи. Ганьба фахівцям—літунам!

У. К. П.

ДВОУ УПП. 7. Друкарня ім. Фрунзе. Харків, Донець-Захаржевська, 6.

Укрголовліт 2035. Зам. 477. Прим. 6.500.

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖ. БІБЛІОТЕКА ім. В. Г. Короленка

Про обслуговування районів УСРР науково-дослідними інститутами НКОЗдоров'я.

До всіх науково-дослідних інститутів НКОЗ. До НКОЗ АМСРР. ДО міськрад (секцій охорони здоров'я). До всіх РВК'ів (інспекторів охорони здоров'я). До всіх медсанупрів та водсанупру. До уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового.

На підставі резолюції, що затвердив НКОЗ на доповідь „Діяльність наукових інститутів НКОЗ та районування" на нараді директорів наукових інститутів НКОЗ у серпні 1930 р.; (докладно див. резолюцію в бюлетені НКОЗ № 23-24 від грудня 1930 р.) сектор науки НКОЗ оголошує розподіл районів та міст (що є окремі адміністративні одиниці) між інститутами на 1931 р. для наукового керівництва та контролювання практичної роботи установ охорони здоров'я на місцях.

Заст. кер. сектора науки НКОЗ **Затонська.**

(Об. розп. НКОЗ ч. 513 — 14 з 1 березня 1931 р.)

РОЗПОДІЛ РАЙО

(що є окремі адміністративні одиниці) між Інститутами Наркомздоров'я на охорони здо

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких ін		
			Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
1	Ананʼївський . . .	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
2	Артемівський . . .	Артемівської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
3	Андрушівський . . .	Бердичівської	Київського	Київського	Київського
4	Антонінський . . .	„	„	„	„
5	Апостоловський . .	Криворізької	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
6	Алчевський	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
7	Анатоліївський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
7	Антоно-Кодинцівський	„	„	„	„
9	Андрієво-Іванівський .	„	„	„	„
10	Амвросієвський . . .	Сталінської	Харківськ.	Сталінськ.	Дніпропетр.
11	Балтський	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
12	Бірзульській	„	„	„	„
13	Богодухівський . . .	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
14	Балаклієвський . . .	„	„	„	„
15	Барвенківський . . .	„	„	„	„
16	Білоцерківський . .	Б.-Церківської	Київського	Київського	Київського
17	Богуславський . . .	„	„	„	„
18	Бабчінецький . . .	Вінницької	„	„	Одеського
19	Барський	„	„	„	„
20	Браславський . . .	„	„	„	„
21	Баранівський . . .	Волинської	„	„	Київського
22	Базарський	„	„	„	„
23	Барашівський . . .	„	„	„	„
24	Бершадський . . .	Гуманської	„	„	„
25	Буцький	„	„	„	„
26	Бабанський	„	„	„	„
27	Блізнюківський . . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
28	Бобринецький . . .	Зінов'ївської	Одеського	Одеського	Одеського
29	Березанський . . .	Київської	Київського	Київського	Київського
30	Баришпільський . .	„	„	„	„
31	Бородянський . . .	„	„	„	„
32	Брусилівський . . .	„	„	„	„
33	Бахмацький	Конотопської	Чернігівськ.	„	Харківськ.
34	Буринський	„	„	„	„
35	Борзенський	„	„	„	„
36	Бригадирівський . .	Кремінчуцької	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Київського
37	Божедарівський . . .	Криворізької	„	„	Дніпропетр.
38	Біло-луцький . . .	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
39	Біловодський . . .	„	„	„	„
40	Білокуракинський . .	„	„	„	„
41	Бердянський	Маріюпільської	„	Дніпропетр.	Дніпропетр.
42	Білозерський . . .	Мелітопільськ.	Дніпропетр.	Одеського	„
43	Баштанський . . .	Миколаївської	Одеського	Дніпропетр.	Одеського
44	Благодатнівський . .	Одеської	„	Одеського	„
45	Біляєвський	„	„	„	„
46	Березівський . . .	„	„	„	„
47	Благоївський . . .	„	„	„	„
48	Білопільський . . .	Сумської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
49	Береславський . . .	Херсонської	Одеського	Одеського	Одеського
50	Бобровицький . . .	Чернігівської	Чернігівськ.	Київського	Київського
51	Березнянський . . .	„	„	„	„
52	Вовчанський	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
53	Валківський . . .	„	„	„	„
54	В.-Писарівський . .	„	„	„	„

НІВ ТА МІСТ,

1931 рік для наукового керівництва та контролювання практичної роботи установ ров'я на місцях

ститутів належать

Інститути харчування	Інститути психо-неврологічні	Інститути туберкульозні	Інститути венерологічні	Інститути ортопедії	Інститути рентгенологічні
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
”	”	”	”	”	”
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
”	”	”	”	”	”
”	Одеського	Одеського	Одеського	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	Київського	Київського	Київського	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
”	Київського	Київського	Київського	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	”	”
”	”	”	”	Київського	Київського
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	”	Київського
”	Київського	Київського	Київського	Київського	”
”	”	”	”	”	”
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
”	”	”	”	”	”
”	”	”	”	”	”

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких ін Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
55	В.-Бурлуцький . . .	Харківської	Харківського	Харківськ.	Харківськ.
56	Володарський . . .	Білоцерків.	Київського	Київського	Київського
57	Вороновицький . . .	Вінницької	„	„	Одеського
58	Володарський . . .	Волинської	„	„	Київського
59	Васильківський . . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
60	Верхнєдніпровський .	„	„	„	„
61	Василівський . . .	Запорізької	„	„	„
62	В.-Виськівський . . .	Зінов'ївськ.	Одеського	Одеського	Одеського
63	В.-Янісольський . .	Сталінської	Харківського	Сталінськ.	Дніпропетр.
64	Васильківський . . .	Київської	Київського	Київського	Київського
65	В.-Димерський . . .	„	„	„	„
66	В.-Багачанський . .	Лубенської	Харківськ.	„	„
67	Варвінський	„	„	„	„
68	В. Бубнівський . . .	„	„	„	„
69	В.-Токмакський . . .	Мелітопіл.	Дніпропетр.	Одеського	Дніпропетр.
70	В.-Лепетиський . . .	„	„	„	„
71	Вознесенський . . .	Міколаївськ.	Одеського	Дніпропетр.	Одеського
72	Вільшанський . . .	Одеської	„	Одеського	„
73	Волочиський	Проскурів.	Київського	„	„
74	В.-Олександрівський .	Херсонської	Одеського	„	„
75	Високопільський . .	„	„	„	„
76	Верхнє-Теплицький .	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
77	Григоріопільський . .	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
78	Гришинський . . .	Артемівськ.	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
79	Горлівський	„	„	„	„
80	Гроцівський	Бердичів.	Київського	Київського	Київського
81	Городницький . . .	Волинської	„	„	„
82	Гуманський	Гуманської	„	„	„
83	Гайсинський	„	„	„	„
84	Голованівський . . .	„	„	„	„
85	Грушківський . . .	„	„	„	„
86	Глухівський	Конотопськ.	Чернігівськ.	Київського	Харківськ.
87	Глобінський	Кременчуц.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Київського
88	Градизький	„	„	„	„
89	Генічеський	Мелітопіл.	„	Одеського	Дніпропетр.
90	Гросулівський . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
91	Городоцький	Проскурів	Київського	„	„
92	Гадяцький	Сумської	Харків ськ.	Харківськ.	Харківськ.
93	Голопристанський . .	Херсонської	Одеського	Одеського	Одеського
94	Городнянський . . .	Чернігівськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
95	Городищенський . .	Шевченків.	Київського	„	„
96	Гельм'язівський . . .	„	„	„	„
97	Дубосарський . . .	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
98	Двурічанський . . .	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
99	Дзержинський . . .	Волинської	Київського	Київського	Київського
100	Джулінський . . .	Гуманської	„	„	„
101	Доброволичківський .	„	„	„	„
102	Димерський . . .	Київської	„	„	„
103	Дмитрієвський . . .	Конотопськ.	Чернігівськ.	„	Харківськ.
104	Долінський	Криворізьк.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
105	Драбівський	Лубенської	Харківськ.	Київського	Київського
106	Доманівський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
107	Диканський	Полтавської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
108	Деражнянський . . .	Проскурів.	Київського	Одеського	Одеського
109	Дунаєвецький . . .	„	„	„	„
110	Добрянський	Чернігівськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
111	Ємельчинський . . .	Волинської	Київського	„	„
112	Жмеринський . . .	Вінницької	„	„	Одеського

ститутів належать

Інститути харчування	Інститути психоневрологічні	Інститути туберкульозні	Інститути венерологічні	Інститути ортопедичні	Інститути рентгенологічні
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київській	Київського	Київського	Київського	Київського
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Харківськ.	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	"	"	"	"	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	"	"	"	"	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких Ін		
			Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
113	Жашківський . . .	Гуманської	Київського	Київського	Київського
114	Жуківський	Київської	„	„	„
115	Жовтневий	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
116	Жовтневий (Ниж. Сироватки)	Сумської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
117	Зміївський	Харківської	„	„	„
118	Золочівський . . .	„	„	„	„
119	Заславський	Бердичів.	Київського	Київського	Київського
120	Звенігородський . .	Гуманської	„	„	„
121	Знам'янський . . .	Зінов'ївськ.	Одеського	Одеського	Одеського
122	Згурівський	Лубенської	Харківськ.	Київського	Київського
123	Зельцський	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
124	Зинківський	Полтавськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
125	Затонський	Проскурів.	Київського	Одеського	Одеського
126	Золотоніський . . .	Шевченків.	„	Київського	Київського
127	Златопільський . . .	„	„	„	„
128	Ізюмський	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
129	Іванківський	Київської	Київського	Київського	Київського
130	Ізлучистий	Криворізьк.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпроцетр.
131	Іваніцький	Лубенської	Харківськ.	Київського	Київського
132	Ічнянський	Чернігівськ.	Чернігівськ.	„	„
133	Кам'янський	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
134	Кодимський	„	„	„	„
135	Красно-Вікнянський .	„	„	„	„
136	Краснокутський . .	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
137	Куп'янський	„	„	„	„
138	Краматорський . . .	Артемівськ.	„	„	„
139	Костянтинівський . .	„	„	Сталінськ.	„
140	Козятинський . . .	Бердичів.	Київського	Київського	Київського
141	Калінівський	Вінницької	„	„	Одеського
142	Копайгородський . .	„	„	„	„
143	Крижопільський . .	„	„	„	„
144	Коростенський . . .	Волинської	„	„	Київського
145	Коростишівський . .	„	„	„	„
146	Кагарлицький . . .	Київської	„	„	„
147	Конотопський . . .	Конотопськ.	Чернігівськ.	„	Харківськ.
148	Кролевецький . . .	„	„	„	„
149	Коропський	„	„	„	„
150	Корюківський . . .	„	„	„	„
151	Кишенківський . . .	Кременчуц.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Київського
152	Криворізький . . .	Криворізьк.	„	„	Дніпропетр.
153	Кадієвський	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
154	Краснолуцький . . .	„	„	„	„
155	Коларівський . . .	Мелітопіл.	Дніпропетр.	Одеського	Дніпропетр.
156	Карл-Лібкнехтський .	Миколаїв.	Одеського	Дніпропетр.	Одеського
157	Криво-Озерський . .	Одеської	„	Одеського	„
158	Карлівський	Полтавської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
159	Кобеляцький . . .	„	„	„	„
160	Красноградський . .	„	„	„	„
161	Кам'янецький . . .	Проскурів.	Київського	Одеського	Одеського
162	Калініндорфський . .	Херсонської	Одеського	„	„
163	Кахівський	„	„	„	„
164	Козелецький	Чернігівськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
165	Кам'янський	Шевченків.	Київського	„	„
166	Канівський	„	„	„	„
167	Корсунський	„	„	„	„
168	Кам'янський	Запорізької	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
169	Лозівський	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.

ститутів належать

Інститути харчування	Інститути психо-неврології	Інститути туберкульозні	Інститути венерології	Інститути ортопедії	Інститути рентгенології
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	Харківськ.	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	"	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	Київського	Київського
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеськ.	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких ін Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
170	Липецький	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
171	Лисичанський . . .	Артемівськ.	"	Сталінськ.	"
172	Лиманський	"	"	"	"
173	Любарський	Бердичів.	Київського	Київського	Київського
174	Ляховецький . . .	"	"	"	"
175	Літинський	Вінницької	"	"	Одеського
176	Лінецький	"	"	"	"
177	Липовецький . . .	"	"	"	"
178	Лугинський	Волинської	"	"	Київського
179	Лисянський	Гуманської	"	"	"
180	Лихівський	Кременч.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	"
181	Лубенський	Лубенської	Харківськ.	Київського	"
182	Лохвицький	"	"	"	"
183	Люксембурзький . .	Маріюпільс.	"	Дніпропетр.	Дніпропетр.
184	Любашівський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
185	Лятичівський . . .	Проскурівс.	Київського	"	"
186	Лебединський . . .	Сумської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
187	Липово-Долинський .	"	"	"	"
188	Миронівський . . .	Білоперків	Київського	Київського	Київського
189	Махнівський	Бердичівс.	"	"	"
190	Могилівський . . .	Вінницької	"	"	Одеського
191	Мурованo-Курилівецьк.	"	"	"	"
192	Мархлевський . . .	Волинської	"	"	Київського
193	Малинський	"	"	"	"
194	Монастирищенський .	Гуманської	"	"	"
195	Магдалинівський . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
196	Межівський	"	"	"	"
197	Макарівський . . .	Київської	Київського	Київського	Київського
198	Менський	Конотопськ.	Чернігівськ.	"	Харківськ.
199	Миргородський . . .	Лубенської	Харківськ.	"	Київського
200	Мало-Лівицький . .	"	"	"	"
201	Марківський	Луганської	"	Сталінськ.	Харківськ.
802	Миловський	"	"	"	"
203	Мангуський . . .	Маріюпільс.	"	Дніпропетр.	Дніпропетр.
204	Миколаївський . . .	"	"	"	"
205	Мелітопільський . .	Мелітопільс.	Дніпропетр.	Одеського	"
206	Михайлівський . . .	"	"	"	"
207	Молочанський . . .	"	"	"	"
208	Машівський	Полтавської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
209	Меджибизький . . .	Проскурівс.	Київського	Одеського	Одеського
210	Михалпільський . .	"	"	"	"
211	Міропільський . . .	Сумської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
212	Н.-Водолазький . . .	Харківської	"	"	"
213	Немирівський . . .	Вінницької	Київського	Київського	Одеського
214	Новоград Волинський .	Волинської	"	"	Київського
215	Народицький . . .	"	"	"	"
216	Новоархангельський .	Гуманської	"	"	"
217	Новомосковський . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
218	Новомиколаївський .	Запорізької	"	"	"
219	Новозлатопільський .	"	"	"	"
220	Новопразький . . .	Зінов'ївськ.	Одеського	Одеського	Одеського
221	Новоукраїнський . .	"	"	"	"
222	Новомиргородський .	"	"	"	"
223	Новгород-Сіверський .	Конотопськ.	Чернігівськ.	Київського	Харківськ.
224	Новогеоргієвський . .	Кременчуц.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Київського
225	Нікопільскій . . .	Криворізьк.	"	"	Дніпропетр.
226	Ново-Айдарський . .	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
227	Новомиколаївський .	Маріюпільс.	"	Дніпропетр.	Дніпропетр.

ститутів належать

Інститути харчування	Інститути психо-неврологічні	Інститути туберкульозні	Інститути венерологічні	Інститути ортопедичні	Інститути рентгенологічні
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Кнївського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	*
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
Харківськ.	"	"	"	"	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ,	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського.
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	"	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Київського	Київського	Київського	Київського	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких ін		
			Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
228	Нижнє-Сірогозький . .	Мелітоп.	Дніпропетр.	Одеського	Дніпропетр.
229	Ново-Троїцький . . .	„	„	„	„
230	Ново-Одеський . . .	Миколаїв.	Одеського	Дніпропетр.	Одеського
231	Ново-Бузький	„	„	„	„
232	Нехворощанський . .	Полтавської	Харьківськ.	Харківськ.	Харківськ.
233	Ново-Санжарський . .	„	„	„	„
234	Ново-Ушицький . . .	Првскурів.	Київського	Одеського	Одеського
235	Недригайлівський . .	Сумської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
236	Ніженський	Чернігівськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
237	Носівський	„	„	„	„
238	Охтирський	Харківської	Харьківськ.	Харківськ.	Харківськ.
239	Олексіївський . . .	„	„	„	„
240	Ободівський	Віницької	Київського	Київського	Одеського
241	Овруцький	Волинської	„	„	Київського
242	Олевський	„	„	„	„
243	Оратівський	Гуманської	„	„	„
244	Оріхівський	Запорізськ.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
245	Обухівський	Київської	Київського	Київського	Київського
246	Олександрівський . .	Кременчуц	Дніпропетр.	Дніпропетр.	„
247	Онопріївський . . .	„	„	„	„
248	Оболонський	Лубенської	Харківськ.	Київського	„
249	Оржицький	„	„	„	„
250	Очаківський	Миколаївськ	Одеського	Дніпропетр.	Одеського
251	Опішнянський . . .	Полтавської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
252	Оринінський	Проскурів.	Київського	Одеського	Одеського
253	Остерський	Чернігівськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
254	Олишівський . . .	„	„	„	„
255	Печенізський . . .	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
256	Петрівський	„	„	„	„
257	Попаснянський . . .	Артемівськ.	„	Сталінськ.	„
258	Попільнянський . .	Білоцерків.	Київського	Київського	Київського
259	Плисківський . . .	Бердичівськ	„	„	„
260	Погребищенський . .	„	„	„	„
261	Полонський	„	„	„	„
262	Піщанський	Вінницької	„	„	Одеського
263	Потіївський	Волинської	„	„	Київського
264	Пулинський	„	„	„	„
265	Павлоградський . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
266	Петриківський . . .	„	„	„	„
267	Покровський	Запорізької	„	„	„
268	Переяславський . .	Київської	Київського	Київського	Київського
269	Путивельський . . .	Конотопськ.	Чернігівськ,	„	Харківськ.
270	Понорницький . . .	„	„	„	„
271	П'ятихатський . . .	Криворізськ.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
272	Пирятинський . . .	Лубенської	Харківськ.	Київського	Київського
273	Прилуцький	„	„	„	„
274	Покровський	Мелітопільс.	Дніпропетр.	Одеського	Дніпропетр.
275	Першомайський . . .	Одеської	Одеського	„	Одеського
276	Проскурівський . . .	Проскурів.	Київського	„	„
277	Павлівський	Сталінської	Харківськ.	Сталінськ.	Дніпрспетр.
278	Рибницький	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
279	Рикивський	Артемівськ.	Харківськ.	Харківськ.	Сталінськ.
280	Ракитянський . . .	Білоцерків.	Київського	Київського	Київського
281	Ружинський	Бердичівськ	„	„	„
282	Радомишльський . .	Волинської	„	„	„
283	Ржищівський . . .	Київської	„	„	„
284	Розважівський . . .	„	„	„	„
285	Роменський	Лубенської	Харківськ.	„	„

ститутів належать

Інститути харчування	Інститути психо-неврологічні	Інститути туберкульозні	Інститути венерологічні	Інститути ортопедичні	Інститути рентгенологічні
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
Харківськ.	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ,	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких ін		
			Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
286	Рівенківський . . .	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
287	Рубежанський . . .	"	"	"	"
288	Розділ нський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
289	Решетилівський . .	Полтавської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
290	Ріпкінський	Черніговськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
291	Слободзейський . .	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
292	Сватівський	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
293	Ст. Салтівський . .	"	"	"	"
294	Слав'янський . . .	Артемівськ.	"	Сталінськ.	"
295	Сквірський	Білоцерківс.	Київського	Київського	Київського
296	Ставищанський . . .	"	"	"	"
297	Ст. Костянтинівський .	Бердичівс.	"	"	"
298	Славутський . . .	"	"	"	"
299	Станіславчицький . .	Вінницької	"	"	Одеського
300	Словечанський . .	Волинської	"	"	Київського
301	Синельніківський . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
302	Солонянський . .	"	"	"	"
303	Семенівський . . .	Конотіпськ.	Чернігівськ.	Київського	Харківськ.
304	Середино-Будський .	"	"	"	"
305	Семенівський . . .	Кременчуц.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Київського
306	Софієвський	Криворізьк.	"	"	Дніпропетр.
307	Старобільський . . .	Луганської	Харківськ.	Сталінськ.	Харківськ.
308	Сорокинський . . .	"	"	"	"
309	Старокаранський . .	Маріюпільс.	"	Дніпропетр.	Дніпропетр.
310	Старо-Кременчицький .	"	"	"	"
311	Стрітенський . . .	"	"	"	"
312	Сартанський . . .	"	"	"	"
313	Спартаківський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
314	Сахнівщанський . .	Полтавської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
315	Смотрицький . . .	Проскурівс.	Київського	Одеського	Одеського
316	Солобкивецький . .	"	"	"	"
317	Староушицький . . .	"	"	"	"
318	Селидівський . . .	Сталінської	Харківськ.	Сталінськ.	Дніпропетр.
319	Стильський	"	"	"	"
320	Скадівський	Херсонської	Одеського	Одеського	Одеського
321	Снігурівський . . .	"	"	"	"
322	Сновський	Чернігівськ.	Чернігівськ.	Київського	Київського
323	Смілянський	Шевченківс.	Київського	"	"
324	Тираспільський . . .	АМСРР	Одеського	Одеського	Одеського
325	Троїцький	Харківської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
326	Таращанський . . .	Білоцерківс.	Київського	Київського	Київського
327	Тетіївський	"	"	"	"
328	Теофипільський . . .	Бердичівс.	"	"	"
329	Томашпільський . .	Вінницької	"	"	Одеського -
330	Тиврівський . . .	"	"	"	"
331	Тростянецький . . .	"	"	"	"
332	Троянівський . . .	Волинської	"	"	Київського
333	Тальнівський . . .	Гуманської	"	"	"
334	Теплицький	"	"	"	"
335	Тульчинський . . .	"	"	"	"
336	Томаківський . . .	Запорізької	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
337	Терпінянський . . .	Мелітопільс.	"	Одеського	"
338	Троїцький	Одеської	Одеського	"	Одеського
339	Тернівський	Сумської	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
340	Тростянецький . . .	"	"	"	"
341	Уланівський	Бердичівс.	Київського	Київського	Київського
342	Устинівський . . .	Зінов'ївськ.	Одеського	Одеського	Одеського

ститутів належать

Інститути харчування	Інститути психо-неврологічні	Інститути туберкульозні	Інститути венерологічні	Інститути ортопедичні	Інститути рентгенологічні
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	"	"	Київського	Київського	Київського
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Київського	Київського	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	"	Київського
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	Київського	Київського	"
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	Київського	Київського	Київського	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
"	"	"	"	"	"
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
"	Одеського	Одеського	Одеського	"	"

№№ по черзі	Назва району	До якої колишньої округи належав	До яких ін…		
			Інститути санітарно-бактеріологічні	Інститути патології та гігієни праці	Інститути охматдиту
343	Фастівський	Білоцерків.	Київського	Київського	Київського
344	Фрунзівський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
345	Хмельницький . . .	Вінницької	Київського	Київського	„
346	Христинівський . . .	Гуманської	„	„	Київського
347	Хмільовський . . .	Зінов'ївськ.	Одеського	Одеського	Одеського
348	Хабненський . . .	Київської	Київського	Київського	Київського
359	Хорольський	Лубенської	Харківськ.	„	„
350	Царичанський . . .	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
351	Царекостятинівський .	Маріупільс.	Харківськ.	„	„
352	Цебриківський . . .	Одеської	Одеського	Одеського	Одеського
353	Цюрюпинський . . .	Херсонської	„	„	„
354	Чугуївський	Харьківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
355	Чуднівський	Бердичівськ	Київського	Київського	Київського
356	Черняхівський . . .	Волинської	„	„	„
357	Чубарівський . . .	Запорізької	Дніпропотр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
358	Чорнобільський . .	Київської	Київського	Київського	Київського
369	Чорнухінський . . .	Лубенської	Харківськ.	„	„
360	Чутівський	Полтавської	„	Харківськ.	Харківськ.
361	Чемерівецький . . .	Проскурів.	Київського	Одеського	Одеського
362	Чистяківський . . .	Сталінської	Харківськ.	Сталінськ.	Дніпропетр.
363	Чаплінський	Херсонської	Одеського	Одеського	Одеського
364	Черкаський	Шевченків.	Київського	Київського	Київського
365	Чорнобаївський . . .	„	„	„	„
366	Чигиринський . . .	„	„	„	„
367	Чернігівський . . .	Чернігівськ.	Чернігівськ.	„	„
368	Шепетівський . . .	Бердичівськ	Київського	„	„
379	Шаргородський . . .	Вінницької	„	„	Одеського
370	Шостенський . . .	Конотіпськ.	Чернігівськ.	„	Харківськ.
371	Шполянський . . .	Шевченків.	Київського	„	Київського
372	Юринецький	Проскурів.	„	Одеського	Одеського
373	Янушпільський . . .	Бердичівськ	„	Київського	Київського
374	Ямпільський	Вінницької	„	„	Одеського
375	Ярунський	Волинської	„	„	Київського
376	Якимівський	Мелітоп.	Дніпропетр.	Одеського	Дніпропетр.
377	Ярмолинецький . . .	Проскурів.	Київського	„	Одеського
	НАЗВА МІСТ				
1	Харків		Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
2	Дніпропетровське		Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
3	Київ		Київського	Київського	Київського
4	Одеса		Одеського	Одеського	Одеського
5	Сталіно		Харківськ.	Сталінськ.	Дніпропетр.
6	Луганське		„	„	Харківськ.
7	Миколаїв		Одеського	Дніпропетр.	Одеського
8	Дмитрієвське (Макеївка)		Харківськ.	Сталінськ.	Дніпропетр.
9	Полтава		„	Харківськ.	Харківськ.
10	Житомир		Київського	Київського	Київського
11	Кременчук		Дніпропетр.	Дніпропетр.	„
12	Зінов'ївське		Одеського	Одеського	Одеського
13	Херсон		„	„	„
14	Вінниця		Київського	Київського	„
15	Запоріжжя		Дніпропетр.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
16	Бердичів		Київського	Київського	Київського
17	Маріюпіль		Харківськ.	Дніпропетр.	Дніпропетр.
18	Суми		„	Харківськ.	Харківськ.

ститути належать

Інститути харчування	Інститути психо-неврологічні	Інститути туберкульозні	Інститути венерологічні	Інститути ортопедичні	Інститути рентгенологічні
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
„	Одеського	Одеського	Одеського	„	„
„	„	„	„	„	„
„	Київського	Київського	Київського	„	„
„	Одеського	Одеського	Одеського	Харківськ.	„
„	Київського	Київського	Київського	Київського	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
„	„	„	„	„	„
„	„	„	„	„	„
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
	„	„	„	„	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
„	„	„	„	„	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київськово	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
„	Київського	Київського	„	„	„
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
„	Київського	Київського	Київського	„	„
„	„	„	„	„	„
„	„	„	„	„	„
„	„	„	„	„	„
„	„	„	„	„	„
„	Одеського	Одеського	Одеського	„	„
Харківськ.	Київського	Київського	Київського	„	„
Одеського	„	„	„	„	„
„	Одеського	Одеського	Одеського	„	„
„	Київського	Київського	Київського	„	„
„	Одеського	Одеського	Одеського	„	„
„	Київського	Київського	Київського	„	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
„	„	„	„	„	„
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
„	Одеського	Одеського	Одеського	„	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
„	„	„	„	„	„
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	„	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	„	„
„	Київського	Київського	„	„	„
Одеського	„	„	Київського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Одеського	Одеського	Одеського	„	Київського
„	„	„	„	„	„
„	„	„	„	Київського	„
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
Одеського	Київського	Київського	Київського	Київського	Київського
Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.	Харківськ.
„	„	„	„	„	„

Примітка 1. Щодо решти науково-дослідних інститутів НКОЗ, що їхній список наведено нижче, то, оскільки кожний із цих інститутів є в єдиному числі на Україні, він керує та контролює практичну роботу периферійних установ та надає консультативну допомогу місцевим органам те установам охорони здоров'я по всіх районах і містах УСРР.

Назва інституту	Адреса
1. Протозойний інститут	Харків, Пушкінська, № 14
2. Гематологічний та переливання крови	Харків, майдан Руднева, № 14
3. Інститут ляораторної діягностики	Харків, Скрипницька, № 8
4. Отолярингологічний інститут	Харків, Чернишівська, № 11
5. Офтальмологічний інститут	Харків, вул. Шевченка, № 3
6. Інститут органо-терапії та ендокринології	Харків, вул. Артема № 10
7. Інститут вивчення праці та побуту студентства	Харків, Садово-Куликівська, № 4-5
8. Експериментальн. фармацевтичний інститут	Харків, Пушкінська, № 14
9. Інститут зуболікування	Одеса, вул. Леніна, № 11
10. Інститут курортології та фізіотерапії	Харків, Корсиківська, 37
11. Бальнеологічний інститут	Одеса, Лермонтовський проспект
12. Інститут санкультури	Одеса, вул. Жуковського, № 38
13. Інститут здоровоохорони	Харків, Корсиківська вул., № 37
14. Інститут судової медицини	Харків, Сумська, № 41
15. Інститут експериментальної біології та патології	Київ, вул. Горовица, № 28
16. Інститут експериментальної біології, морфології ім. Мечнікова	Харків, хемкорпус медінститута, гістолог. ляораторія

Примітка 2. Щодо установ охорони здоров'я транспортової мережі, то роботою їх у певній галузі керує та контролює відповідний інститут залежно від дислокації установи на території міста або району за вищезазначеним розподілом.

Примітка 3 Щодо виписки вакцин, сироваток та бакпрепаратів районам та містам, треба керуватися вищезазначеним розподілом місць між санбакінститутами.

Усім районам, що їх в справі виписки сироваток та бакпрепаратів віднесено до Харківського санбакінституту, детрит постачає Дніпропетрівський інститут.

Усім районам, що їх у справах боротьби з епідеміями віднесено до Чернігівського бакінституту, сироватки та вакцини постачатиме Харківський санбакінститут, до якого їм треба звертатися,

ДВОУ УПП 7 Друкарня ім. Фрунзе. Харків, Донець-Захарж., 6.

Укрголовліт 2012. Зам. 352. Прим. 6.350.

У.К.П.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 10-11	20 травня 1931 року	№ 10-11

ЗМІСТ

ПРО ДОПОМОГУ ЖНИВАМ (додано інструкцію)

I. ПОЛІТИКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

1. І. А. Ліберман. До наради про єдиний диспансер.
2. А. С. Байнштейн. До підсумків першої серії міжрайонних нарад.
3. С. Е. Довбищенко—Фінансово бюджетову дисципліну—на пильний догляд.
4. Я. І Лівшиц—Як іноді перекручують ідею єдиного диспансера.
5. О. О. Скрипт—До питання про кадри ляринґологів.

II ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА Організаційна частина Кадри. **93-а.** Про розподіл функцій між Р.З.І. **94.** Про раціоналізацію справи прийому хворих в амбуляторіях та поліклініках. **95.** Про спецкошти по установах. **96.** Про мобілізацію коштів позабюджетових джерел і складання єдиного фінансового пляну. **97.** Устава про науково-харчову раду НКОЗ. **97-а** Постанова ВУЦВК та РНК УСРР про пільги медперсоналу. **97-б.** Про постачання продуктів медперсоналові. **97-в.** Про пляновий відпуск лікарів на перекваліфікацію. **97-г.** Про перегляд адмін. госп. складу лікустанов. **98.** Про самозакріплення медперсоналу **99.** Про робітний день медсанробітників. **100.** Типове положення про відділ наукового керівництва та контролі в наукових інститутах НКОЗ. Лікувально-профіл. частина. **101.** Про порядок застосування пільг військових службовцям. **102.** Про ощадне витрачання хініну. **103.** Устава про шкірно-венеричний відділ у системі єдиного диспансера. **104.** Устава про тубвідділ в системі єдиного диспансера. **105.** Умова на медсанобслуговування районів підчас польових робіт 1931 року (із Тракторцентром). **106.** Умова на медсанобслуговування ліспромгоспів. Охматдит та ОЗДП. **107.** Про медсанобслуговування сезонних ясел **108.** Про розгортання та постачання ясельної мережі. **109.** Про охорону здоров'я дітей на транспорті. **110.** Про заходи колективізації та оздоровлення дитячого побуту в системі інвалідної кооперації. **111.** Про забезпечення аптек і консультацій протизачатковими засобами. **112.** Про підсилення протиабортної роботи й ліквідацію абортних комісій. **113.** Про ліквідацію будинків матери-пролетарки. **114.** Про медогляд вступників до шкіл ФЗУ. **115.** Про підготову робітників для оздоровних закладів (додано пляни організації курсів та навчання на них). **115-а.** Про посилення оздоровних заходів серед дітей. **115-б.** Про постачання продуктів оздоровним установам та яслам. Оздоровлення праці й побуту. Саносвіта. **116.** Про обслуговування робітників будівельників. **117.** Про роботу в галузі боротьби з браком. **118.** Про саносвітню проти-епідемічну роботу. **119.** Про систематичну освітньо-виховну роботу серед молодшого та середнього медперсоналу. **120.** Про зміни в статуті масових робітничих університетів.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ **1.** Про організацію показової медсанроботи. **2.** Дальші заходи щодо реалізації постанови ЦККП(б)У про робітників Донбасу. **3.** Про підготовку нових фармкадрів. **4.** Про здійснення постанов ЦК ВКП(б) в галузі оздоровлення транспорту. **5.** У надзвичайній комісії боротьби з епідеміями. **6.** Притягнення до суду Охтирських робітників охорони здоров'я.

IV. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАУКОВИХ ІНСТИТУТІВ І ЗАКЛАДІВ НКОЗ. 1. В Одеському тубінституті. 2. Перші кроки отоляринголгічного інституту. 3. Робітники Харківського венінституту на заводі „Серп і Молот“. 4. В Одеському інституті санкультури. 5. В Українській Держ. Мед. бібліотеці.

V. ЗДОРОВОХОРОНА НА МІСЦЯХ. Про виконання постанови ЦК ВКП(б)—із матеріялів бриґад та дописів з місць.

VI. ОБ'ЯВИ ТА ОГОЛОШЕННЯ.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЗА КОРДОНОМ (матеріяли Реф. Бюра при УДМБ).

ДОДАТОК: Про роботу на курортах УСРР.

Все — на допомогу жнивам! Все — на забезпечення успіху жнив!

Про участь органів охорони здоров'я, профорганізації робітників охорони здоров'я, райкомів УЧХ та всіх медробітників — в проведенні кампанії жнив 1931 року

(окремо не надіслано)

До всіх райздоровінспекторів та секцій охорони здоров'я, до всіх профорганізацій робітників охорони здоров'я, райкомів УЧХ, до всіх медробітників України. Зразок — до НКОЗ АМСРР та всіх МСУ

Підготовка до наступної кампанії жнив повинна цього року розпочатися зараз же після закінчення весняної сівби.

Кампанія збирання врожаю цього року провадитиметься такими самими швидкими темпами, як і весняна засівна й викличе безумовно ще більший ентузіязм бідняцько-середняцьких мас села, ще більше втягнення одноосібників до колгоспів та ліквідацію куркуля, яко кляси — на базі суцільної колективізації, ще більше пошириться соціялістичне змагання та ударництво серед колективізованого селянства.

Роботу медсанустанов та всіх медробітників, що підчас кампанії жнив набуває особливої ваги, повинно провадити на тих самих соціялістичних засадах, прагнучи перевищити масштаб і темпи весняної роботи, зокрема щодо максимального наближення меддопомоги до польових робіт та зворушення громадської самодіяльности на селі навколо справи охорони здоров'я — через утворення активу із колгоспників, колгоспниць та робітництва радгоспів і МТС.

Наркомздоров'я разом із ЦК УЧХ та ВУК робітників охорони здоров'я накреслив для проведення кампанії такі заходи:

1. Напрямити до районів з міст на час кампанії жнив 500 лікарів, 1000 осіб середнього персоналу, (в тому числі акушерок та студентів медінститутів), а також продовжити роботу сестер, що їх надіслав УЧХ на час весняної сівби.

2. Забезпечити через ВАУ безперебійне постачання районів аптечками першої допомоги та заготівлю 250000 шт. захисних окулярів підчас молотьби.

3. Ураховуючи, що жінка посідає тепер в с. г. виробництві значне місце, що вимагає утворення сприятливих умов праці для неї — відкрити влітку по лінії НКОЗ ще 7500 сезон. ясел на 375000 дітей, що разом з яслами, яких відкрито на час весняної сівби, становитиме не менш

10000 ясел на 500000 дітей. УЧХ накреслив охопити яслами своєю лінією до 100000 дітей.

4. Охопити влітку ц. р, по соцсектору села дошколярів від 4—8 років — 200000 при яслах та дітей віком 8 — 15 років — 280000 через шкільмайдани, табори — колонії.

5. Видати 30000 шт. плякатів та популярних брошюр до 60000 прим., що їх присвячено буде збиральній кампанії, з яких надіслати до районів коштом НКОЗ плякатів („Перша допомога в степу") — 10000 шт. та брошюр („Жнива та здоров'я" — Кузнецов) — 30000 шт.

6. Через міжрайонові будинки санкультури влаштувати пересувні виставки по районах — у великих комунах, колгоспах, радгоспах та МТС.

7. Видати спеціяльні нумери журналів „Шлях до здоров'я", „За здорове харчування", „Червоний Хрест" —, що їх присвячено буде збиральній кампанії.

8. Узяти участь в трансляціях радіом практичних завдань стосовно до збиральної кампанії.

9. Такі самі питання з практичної тематики висвітлювати на сторінках часопису „Радянське село".

10. Приступити до висвітлення в часописі „Український Медробітник" питань, що їх зв'язано з підготовкою до збиральної кампанії, організувавши також виїзні бригади редакції.

Інструкція щодо практичних заходів провадження кампанії жнив по лінії райздоровінспекторів, профорганізації робітників охорони здоров'я та райкомів УЧХ до цього додається окремо.

Всю роботу медперсоналу щодо підготовки та проведення кампанії жнив треба розгорнути на базі широкого застосування ударництва та соцзмагання між окремими меддільницями, між останніми та колгоспами, радгоспами й МТС, між окремими районами, використовуючи досвід переклички, взаємоперевірочних та буксирних бригад.

Кожний медробітник, кожна профорганізація робітників охорони здоров'я повинні боротися за перехідний прапор, що його передано VIII-му Всесоюзному профспілковому З'їздові робітників охорони здоров'я медробітниками міста Леніна — на краще медобслуговування населення соцсектору села на час кампанії жнив.

Народній Комісар Охорони Здоров'я **Канторовіч**
В.У.К. роб. охорони здоров'я **Мілер**
Ц. К. У. Ч. Х. **Затон**

(Об. лист НКОЗ, ВУК спілки роб. охор. здор. та ЦК УЧХ з 20 травня 1931 р.

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я *М. Кустелян*
Погоджено: ВУК роб. ох. здор. *Мілер*
ЦК УЧХ *Затон*

ІНСТРУКЦІЯ

Застосовуючи корисний досвід роботи підчас весняної сівби, треба взяти до неухильного виконання такі розпорядження:

1. Зараз же після одержання вищезазначеного обіжника — в райцентрі утворюється трійку по забезпеченню закінчення робіт по обслугованню засівкампанії та по підготовці й проведенню збиральної кампанії

в складі: райздоровінспектора, представника райкому профспілки робітників охорони здоров'я та представника райкому Ч. Х. — під головуванням райздоровінспектора (цим самим „Штаби зв'язку", що існували підчас весняної сівби, ліквідуються) з притягненням до роботи представника райколгоспспілки.

II. Не гаючи часу, трійка, разом з активом медробітників райцентру, складає конкретного чіткого календарного пляну підготовки та проведення збиральної кампанії — на базі максимального використання всіх власних ресурсів так економічних, як і кадрових. Плян цей терміново поставити на обговорення РВК та РПК, після чого вмістити його до районового часопису та стінчасописів по медустановах, вживши заходів, щоби цього пляну своєчасно було доведено до всіх медробітників району, а через них — до кожного колгоспу, радгоспу, МТС.

III. Не пізніш 20-го червня ц. р. треба обов'язково надіслати до НКОЗ конкретний плян обслуговування збиральної кампанії та відомості про те, що фактично пророблено по підготовці до неї.

IV. На трійку покладається сувора відповідальність за посилення темпів обслуговування засівкампанії, за пляновість роботи по підготовці та проведенню збиральної кампанії, за контролю над виконанням свого пляну та за своєчасне усунення всіх перешкод на шляху медобслуговування соцсектора села підчас збиральної кампанії.

V. В пляні робіт треба відбити такі основні заходи:

А. По лінії меддопомоги

а) залишити в повній силі попередню директиву НКОЗ „Жодного радгоспу, жодної МТС без медпункту першої допомоги на час с. г. польових робіт", звернувши увагу, шляхом контролю, на якість роботи цих пунктів;

б) обов'язково прикріпити до радгоспів та МТС, де немає лікарських пунктів, лікарів та акушерок з найближчих меддільниць;

в) пристосувати години роботи медустанов району до умов та потреб збиральної кампанії, урахувавши потребу організації надання меддопомоги протягом двох змін або цілої доби там, де така робота провадитиметься;

г) звернути особливу увагу на організацію надання меддопомоги в місцях роботи складних с. г. машин — на випадок травматичних пошкоджень;

д) обслуговуючи меддопомогою соцсектор села, не забувати про потребу медобслуговування й одноосібників з бідняцько - середняцьких шарів;

е) подбати про те, щоб всі колгоспи, радгоспи та МТС було своєчасно забезпечено аптечками швидкої допомоги та щоб мали вони змогу поповнювати ці аптечки за потребою. Встановити систематичну контролю за своєчасним заповненням аптечок, налагодивши, під особисту відповідальність РЗІ, постачання індивідуальними пакетами тракторних колон та груп робітників, що працюють на віддалених від баз дільницях радгоспів.

Подбати про своєчасне забезпечення соцсектору села захисними окулярами, взявши під свою контролю одержання цих окулярів на місцях та пропаґанду за їх вживання;

ж) обов'язково використати всіх колгоспників та радгоспників, що закінчили повесні ц. р. гуртки першої допомоги, $1^1/_2$ місячні Червоно-

Хрестні та двотижневі курси НКОЗ — для роботи на час збиральної кампанії.

Районам, що не виконали свого програму в цій галузі повесні, обов'язково з'організувати короткотермінові курси першої допомоги підчас перерви між весняної сівбою та початком збиральної кампанії, користуючись практичними вказівками щодо техники організації та програму цих курсів, що їх визначено в бюлетені НКОЗУ ч. 1 за 1931 р. Профорганізації робітників охорони здоров'я повинні всіляко допомогати так лекторськими кадрами, як і матеріяльно УЧХ — в справі утворення таких курсів;

з) закінчити складання місцевих умов між райздоровінспекторами та всіма, без винятку, радгоспами та МТС на підставі генеральних умов, що їх склав НКОЗ з с. г. трестами та Тракторoцентром — про медобслуговування робітництва радгоспів і МТС та колгоспів в районах МТС, приступивши до реалізації цих умов,*)

і) зробивши головний акцент на організацію меддопомоги безпосередньо на полі, відбити в пляні робіт утворення пересувних медустанов і в тому числі пересувних зубкабінетів;

к) заздалегідь звязатися з певним міським центром до якого район буде прикріплено, щодо надсилки додаткових медкадрів на час збиральної кампанії, склавши одноразового пляну доцільного використовування цих кадрів та обліку їх роботи в районі.

Примітка: Міста, одержавши ліміт НКОЗ щодо надсилки медкадрів до певних районів, висувають зустрічні пляни.

л) знову підкреслити першочерговість прийому до лікустанов наймитів, робітників радгоспів і МТС та колгоспників;

м) забезпечити безперебійну роботу всіх медустанов на час збиральної кампанії, почавши надавати тарифні відпустки медробітникам з жовтня ц. р. (див. бюл. НКОЗ ч. 1 за 1931 р.) та встановивши такий порядок з ремонтом лікустанов, щоб він ні в якому разі не перешкоджував би наданню меддопомоги населенню підчас збиральної кампанії.

Б. По лінії санітарно-епідеміологічній

а) перевірити виконання райколгоспспілками спільної директиви Укрколгоспцентру та НКОЗ про заходи в справі запобігання пошесним хоробам у спосіб:

1) забезпечення транспортом для виїздів медперсоналу до колоспів та перевозки хорих до лікустанов;

2) попередньої організації курсів дезінфекторів,

3) улаштування ізоляторів для підозрілих хорих — на період до відправки їх до лікарень,

4) улаштування вошебійок, примітивних душей та пересувних душей на полі,

5) відремонтування існуючих лазень, забезпечення їх паливом та експлоатації.

б) Перевірити реалізацію протипошесних заходів од адміністрації радгоспів та МТС;

в) вжити своєчасних заходів до запровадження широкої шпиталізації гостро-заразних хорих (в першу чергу з соцсектору села), залишивши по лікарнях тільки мінімальну кількість ліжок: пологових. абортних та швидкої допомоги;

*) Тексти цих умов надруковано саме в цьому № бюлетеня. *Ред.*

д) у всіх випадках с. г. травматизму широко вживати протистовбнячної (правцевої) сироватки;

є) провести санітарний огляд всіх гуртожитків, касарень, громадських їдалень та кухонь при них, харчових склепів, джерел водопостачання, лазень, пралень, вбиралень тощо, вживши термінових та рішучих заходів на знищення всіх виявлених дефектів, звернувши увагу на боротьбу з паразитарністю.

Такі саногляди провадити часто та систематично, для чого скласти календарний плян;

ж) взяти на суворий облік усі підозрілі захорування на висипний тиф та кишкові захорування, переводячи обов'язкову їх ізоляцію та шпиталізацію, а також дезінфекцію в виявлених вогнищах;

з) провести обов'язкове прикріплення всіх лікарів району до ясел— для пильного догляду з метою попередження розвитку пошесних хороб серед дітей та вжиття своєчасних заходів;

і) звернути увагу всього медперсоналу на потребу пильного догляду якости харчпродуктів та умов їх схоронення, якости води та стану її транспортування на полі, утворюючи, по можливості, кипятильники для пиття води на полі;

к) забезпечити меддільниці й колективи хльорною вапною;

л) перевірити терміново підготовку до організації масового громадського харчування так на полі, як і по колгоспах, радгоспах і МТС (наявність реманенту, посуду, стан його і т. інш.), всіляко допомагаючи цій справі та притягнувши до неї всю лікарську суспільність;

м) забезпечити контролю за запровадженням в життя санмінімуму в таборі та санмінімуму польового харчування;

н) слідкувати за тим, аби при виборі місць для розташування таборів на полі було уникнуто безпосередньої близькости забагнених та взагалі загрозливих по малярії місць, вживаючи одноразово заходів до проведення лікувально-профіляктичної хінізації хорих на малярію, нафтування забагнених місць та інш. протималярійних заходів;

о) звернути увагу на потребу улаштування примітивних душей для робітників радгоспів, МТС, коли вони повертаються на ночівлю.

В. По лінії охматдиту та оздоровдиту

а) охопити яслами всі комуни, радгоспи, МТС та великі колгоспи;

б) утворити ясла для груп невеликих колгоспів, що перебувають в одному селі;

в) по колгоспах, де жіночої праці вживається на далекому відстані від них, утворити пересувні польові ясла для немовлят, забезпечивши їх обов'язковим медоглядом та відповідним інструктажем персоналу щодо специфічних умов праці ясел безпосередньо в полі;

г) заздалегідь забезпечити ясла кадрами (що готувалися по весні ц. р.), здатним помешканням, обладнанням та продуктами;

д) рішуче повести боротьбу за якість роботи ясел, зокрема щодо запровадження санмінімуму для ясел та обов'язкового попереднього медогляду дітей підчас вступу їх до ясел, а також дальшого систематичного медогляду їх;

є) забезпечити консультаційну допомогу щодо належного розташування ясел та дитмайданчиків;

ж) утворити акушерські пункти для обслуговування вагітних колгоспниць;

з) при кожних ЯСЛАХ організувати групи дошколят по 20 чол. в кожній;

і) відкрити по колгоспах, радгоспах та МТС вечірні оздоровчі майданчики для підлітків;

к) навколо справи організації дитячих установ по соцсектору села розгорнути найширшу своєчасну роботу серед сільського активу та зокрема серед жіноцтва колгоспів та радгоспів, притягуючи до розв'язування цих питань правління колгоспів, адміністрацію та робіткоми радгоспів і МТС.

Г. По лінії санкультури та громадської самодіяльности

а) поновити та утворити нові кутки здоров'я по гуртожитках, палубах, клюбах, хатах — читальнях, утворивши одночасно пересувні кутки для користування в степу;

б) організувати виїзди гігієнічних консультацій (там, де вони є) до районів — з питань гігієни праці, відпочинку, побуту, гігієни ударника, санмінімуму тощо;

в) як найширше використати театр, кіно, радіо, погодивши завчасно це питання з місцевими теаколективами, радіопересувками та трансляційними вузлами; прилучившихся до їх пляново́ї роботи та організувавши масові слухання радіопересилань центральних радіостанцій (Харків-календар оголошено в журналі „Радіо"; Київ, Дніпропетрівське, Одеса, Сталіно — календар буде оголошено додатково);

г) для санкультроботи скористати всіх лікарів району, організувавши завчасну інструктивну роботу щодо методики й тематики, постачивши їх тезами розмов, масовою літературою для роздачі на місцях та наочними приладдями для санкультроботи;

д) придбати плякати та масову літературу, завчасно замовивши її в Книгоцентрі (Харків, Купецький спуск, № 2) або у місцевих філій ДВОУ — за списком, що в них є.

є) стосовно до місцевих умов та можливостей організувати фізкультурні майданчики, душі, солярії, завести фізкультвправи до режиму праці та відпочинку (зарядова гімнастика, фізкультрозваги підчас відпочинку) — зв'язавшися в цій справі з райрадою фізкультури та прилучившися до її пляну робіт;

ж) максимально використати час збиральної кампанії для закладання нових осередків охорони здоров'я та прикріплення вже працюючих по соцсектору села та для розробки санмінімуму;

з) обов'язково прилучитися до загальних бригад, культестафет, конференцій ударників, жіноцтва, міжрайонових та місцевих зльотів, пов'язавши з ними свою роботу та обслуживши їх санкультроботою;

и) першу зводку про проведення кампанії жнив, треба надіслати за час з 15 червня до 1 липня, причому коли жодних змін не було після останньої посівки, показати лише ту мережу, що її було розгорнуто додатково.

Відомості про проведення кампанії жнив треба надсилати до НКОЗ (райкоми спілки роб. охор. здоров'я до ВУК'у, райкоми ЧХ до ЦК УЧХ) цілком своєчасно, ні в якому разі припускаючи будьякої затримки. Райздоровінспектори та секції охорони здоров'я надсилають зазначені відомості за формою, що її надіслано було на час засівкампанії (на коштових картках) і в той самий термін.

І. Політика охорони здоров'я. Питання організації та управління

І. А. Ліберман.

До наступної Всеукраїнської наради в питаннях диспансеризації та єдиного диспансера.

У червні скликається в м. Харкові Всеукраїнська нарада, що опрацює основні питання, зв'язані з дальшим розгортанням диспансерної роботи та організацією єдиних диспансерів. Це перша в союзі широка нарада з основних питань соціялістичної перебудови охорони здоров'я. Диспансерна метода не є новою, не ми її вигадали: диспансерні організації утворюються не лише в СРСР, їх є чимало в ріжних країнах европейських та американських. Проте, в наших умовах-єдиної в світі держави, що в ній переможна робітнича кляса завоювала владу, будує соціялістичну країну, — завдання охорони здоров'я мають у собі цілком природньо зовсім інший зміст. Отже й наша система диспансеризації принципово відмінна від буржуазної.

Передусім наші організації є державні, являючи собою органічну частину єдиного народньо-господарчого комплексу, цільоспрямованого на якнайскоріше збудування соціялізму. Ось чому й усі наші заходи ми мусимо неодмінно пов'язувати із загальним пляном соціялістичного будівництва зосереджуючи на найважливіших ділянках цього будівництва свої заходи та всі свої можливості.

Саме в соціялістичній пляновості та цільоспрямованості полягає принципова відміна нашої диспансерної системи від буржуазної, хоч тут є також і аналогічні організаційні форми, що їх ми сприймаємо із поглядів їхньої організаційної доцільности та раціональности.

Наша диспансерна робота взагалі та зокрема щодо організаційних форм єдиного диспансера, вимагає того, щоб скласти вже підсумки чималого досвіду, а головне, — серйозного критичного цінування цього досвіду в світлі згаданих уже основних завдань.

Директивні настановлення в справі охорони здоров'я зформульовано дуже чітко ще в грудні міс. 1929 р. в постанові ЦКВКП(б). Проте, схвалити резолюцію не є ще вміти завсіди як слід її виконувати. Критична оцінка, яку щось із місяць тому склав Московський Комітет ВКП(б) на роботу московського облздороввідділу, довела, що навіть найбільша московська організація охорони здоров'я не спромоглася за організації нової системи дати роботі напрямок, що його вимагають основні завдання соціялістичного будівництва на даному його етапі. Безперечно, в цьому чималу ролю відіграла й недостатня методологічна підготовленість робітни-

ків Мосздорова. Ці помилки, як відомо вже, не є тільки теоретичні, вони відбилися безпосередньо в практиці повсякденної роботи, Отже не випадково ділова робота наступної наради (зараз після вступного слова НКОЗ) починається з доповіді про діялектику в єдиному диспансері. Також і на фронті теоретичної й практичної охорони здоров'я неможна далі терпіти зневажливого ставлення до філософських питань та обґрунтувань нашої роботи.

Ось чому природньо, що питання методології ведуть перед циклу доповідей, які розбирають принципи й напрямок диспансеризації на добу розгорнутого соціялістичного будівництва. Доповіді НКОЗ УСРР та НКОЗ РСФРР повинні правити за матеріял, що на основі минулого досвіду накреслює правильний шлях дальшої роботи. Одною з найголовніших помилок минулого періоду є недостатня увага до потреб виробництва, виробничих колективів основних провідних галузей промисловости. Отже цілковиту реконструкцію медико-санітарної організації на підприємствах і форми зв'язку цієї організації з районною базою охорони здоров'я — районним єдиним диспансером — виділено на майбутній нараді в групу основних доповідей. Система єдиного диспансера утворює нові форми діяльности організації охорони здоров'я дітей і підлітків для санітарної організації, для саносвіти, для лікарняної організації. Зовсім іншого характеру набуває робота організації робітничої самодіяльности — в КОПІП'ах, здоровосередках на підприємствах тощо.

За мало не найтяжчу перепону на шляхах реконструкції нашої мережі править кількісний та якісний брак кадрів. Усім переліченим питанням порядок денний наради віддає спеціяльну увагу.

Задачі наради надзвичайно серйозні, але ми певні того, що колективний досвід дасть змогу розв'язати поставлені питання напрямком рішучого зміцнення соціялістичного характеру радянської охорони здоров'я.

Від редакції: Подаємо до відому передбачуваний порядок денний наступної наради в питаннях диспансерної роботи;

1. Вступна промова Наркома охорони здоров'я.
2. Діялектика в єдиному диспансері.
3 Загальні принципи та напрямок диспансеризації в період розгорнутого соціялістичного будівництва.
4. Організація та методика боротьби з професійними захоруваннями та травматизмом, і роля профзахбкра в справі диспансеризації.
5. Медико-санітарна організація на підприємстві, як філія єдиного диспансеру, її завдання та методи роботи.
6. Організація і методика роботи є галузі охорони здоров'я молодшого й старшого дитинства, підлітків материнства в системі єдиного диспансера.
7. Роля саноргані́зації в системі єдиного диспансера.
8. Санітарна та фізична культура й громадська самодіяльність в системі єдиного диспансеру.
9. Участковий лікар та участкова сестра в єдиному диспансері.
10. Роля спеціяльних відділків кікарень і клінік в системі єдиного диспансеру.
11. Плянування, документація та облік роботи єдиного диспансера.
12. Підготовка й перепідготовка кадрів для єдиного диспансера.
13. Практика побудування роботи єдиного диспансеру на Україні.
14. Практика побудування єдиного диспансеру в РСФСРР.
15. Методика переводу медсанорганізації на систему єдиного диспансера в умовах міста, робітничого селища й села.

Ө. С. Вайнштейн

До підсумків першої серії міжрайонних нарад у справах охорони здоров'я

Ось минула перша серія міжрайонних нарад, що їх протягом лютого й березня місяців цього року Наркомздоров'я провів в тринадцяти містах УСРР, охопивши понад 250 районів. До участи в нарадах, крім райздоровінспекторів, притягувалося санітарних лікарів, керівників лікарень, лікарів амбуляторій, медичних пунктів тощо.

Отже, ці наради відбулися за участю понад 400 робітників охорони здоров'я. Склавши порядок денний з найпекучіших питань і завдань охорони здоров'я на добу соціялістичного наступу—3 вирішального року п'ятирічки, Наркомздоров'я мав на меті протягом найменшого терміну охопити максимальну кількість периферійних керівників здоровоохорончої роботи, щоб скерувати останню саме напрямком найліпшого вирішення цих пекучих питань. Наради заслухали та докладно обговорили такі питання, як чергові завдання здоровоохорони на третій рік п'ятирічки доповідали (здебільшого члени колегії НКОЗ), контрольні числа здоровоохорони на 1931 рік, про підготовку до переходу на систему єдиного диспансера, про роботу органів охорони здоров'я та медсанробітників підчас весняної сільсько-господарської виробничої кампанії. Нарешті скрізь обговорювали питання боротьби з епідеміями—на доповіді міжрайонних санітарних станцій. Не обминули також і заслухування декількох доповідей про стан охорони здоров'я в районах. Сподіванки Наркомздоров'я щодо зосередження уваги та активности робітників охорони здоров'я навкруги цих питань цілком виправдались. Не зважаючи на те, що наради припали частково на гарячий час перевиборів рад і період реорганізації та приєднання 119 районів, наради відбулися за значної активности учасників, а також уваги місцевих партійних, професійних і громадських організацій.

Треба зазначити, що взагалі ця перша спроба запровадження міжрайонних нарад в і д р а з у в багатьох містах була досить удала; переважна більшість міст доклала й собі теж досить зусиль, утворивши сприятливі умови для роботи нарад і притягнувши до них увагу місцевих медробітників та суспільности. Представники Наркомздоров'я, що відвідали наради, відмічають одностайно, що учасники нарад—низові керівники охорони здоров'я в районах являють собою масу, що політично чимало зросла, а також організацію досить високої якости. Більшість райздоровів, що брали участь у нарадах, цілком реально та конкретно уявляють собі чергові завдання охорони здоров'я на теперішній час, розуміючи добре, як саме треба ці завдання здійснювати та розв'язувати на даний момент.

Проте, досвід багатьох ще недостатній для здоровоохорончої роботи в районі, дехто взагалі мало заходиться навколо справ керування, віддаючи всю свою увагу лікувальній роботі.

Підчас обговорення доповідей представників Наркомздоров'я про чергові завдання охорони здоров'я, промовці одностайно відзначали правильну лінію НКОЗ у справі будівництва охорони здоров'я, відзначаючи водночас, що основним завданням на 1931 рік є боротьба за якісні й кількісні показники в медсанобслуговуванні пролетаріяту та колективізованого селянства, такого медобслуговування, що цілком відповідало а вимогам соціялістичного господарства.

Наради не обминули такого важливого питання, як втягування мало не 2.000.000 армії жіночого пролетаріяту до виробництва, що вимагає максимального охоплення дітей робітниць яслами.

Усі конференції довели, що на місцях безперечно відбулося зрушення в справі виконання постанов ЦК ВКП(б), що навкруги цієї постанови дедалі все більше мобілізують увагу медробітників, наближають все більше медобслуговування до робітників, колгоспників і бідняцько-середняцьких мас селянства.

Наради підкреслили, що на третій вирішальний рік п'ятирічки треба всім органам охорони здоров'я на місцях напружити зусилля, щоб все більше поліпшувати (якісно та кількісно) свою роботу, приділяючи за директивами та прикладом Наркомздоров'я максимальну увагу справі забезпечення всіма видами медико-санітарної допомоги основних пролетарських районів (насамперед Донбасу), наблизити цю допомогу до виробництва, навіть до окремих частин цього виробництва (утворення медико-санітарних цехів), посилити медсанроботу та оздоровні заходи в районах суцільної колективізації, забезпечивши їх широкою мережею першої допомоги та інше.

Прагнучи якнайбільше піднести кваліфікацію меддопомоги, Наркомздоров'я скеровує тепер мережу науково-вислідувальних інститутів на те, щоб наблизити їхню роботу до периферії, щоб більше пов'язати наукову творчість із соціяльним замовленням, що дає соціялістичне будівництво. Наукові інститути повинні вкластися в межі суворої пляновости в науці, забезпечуючи передусім підготовку кадрів соціяльно цінних, вихованих у діялектико-марксистському розумінні наукових робітників.

Усі конференції підкреслили, що питання раціоналізації медико-санітарної справи не набули ще досить повного відображення в практичній роботі так самого НКОЗ, як і його периферійної мережі. Навколо цієї справи ще не організовано громадської думки навіть медико-санітарних робітників. Отже, звичайно, немає ще поліпшень постановки медично-санітарної роботи, що сталося б на основі запровадження раціоналізаційних заходів.

Багато уваги відібрали питання кадрів. Похвалюючи в основному всі заходи НКОЗ у розв'язуванні складної проблеми кадрів, міжрайонні наради відмітили, що й досі ще бракує правильного розподілу наявних медичних кадрів по окремих районах, бо (між іншим) немає належного освідомлення про наявність кадрів у районах.
Ще й досі чимала кількість лікарів зосереджується в містах за значного браку лікарів у промислових районах та в соціялістичному секторі села. Саме розподіливши раціонально наявний склад кадрів, ми забезпечимо виконання значною мірою завдання—піднести якість надаваної меддопомоги, зосередивши її в найважливіших ділянках соціялістичного будівництва.

Наради визнали, що, перекидаючи медробітників із міст на постійну роботу на периферію, доцільно водночас вживати також і періодичних тимчасових перекидань, щоб забезпечити виконання ударних завдань, як боротьба з епідеміями, допомога засівам та жнивам тощо. Звичайно, дуже актуальним є питання підготовки робітників через утворення курсів на місцях.

Наради зачепили, а подекуди й міцно зачепили, справу недостатнього, а частенько байдужого ставлення місцевих адміністративних та господарчих органів до їхніх зобов'язань перед здоровоохороною: ми говоримо про утворення епідфондів, про участь у боротьбі з епідеміями, про відрахування на широкі оздоровні заходи на колективізацію та оздоровлення дитячого побуту тощо.

Цікаво відзначити, що порівняно новому питанню плянування охорони здоров'я приділили дуже багато уваги на міжрайонних нарадах, Промовці зазначали, що колишні пляни округа складала, не ураховуючи специфічних умов окремих районів: до обговорення плянів зовсім не притягували належних організацій, кооперації, громадськости тощо. Врешті це призводило до плянування за формою, а не за суттю. Отже, прагнучи фіксувати увагу районних робітників охорони здоров'я на справі плянування в районовому розрізі конкретних оздоровних заходів, на основі попереднього вивчення загального економічного, культурно-побутового та медико-санітарного стану району, НКОЗ цим самим дійшов своєї мети, бо справам плянування, повторюємо, віддали досить уваги.

Цілком підставно наради відзначили, що поряд безперечного поліпшення зв'язку НКОЗ з районами, уважнішого ставлення Наркомату до запитань, і потреб мас все ж таки директиви НКОЗ мало диференційовано, бо їх надсилають, як правило, всім районам недосить ураховуючи соціяльно-економічний стан району та його міцність. Дорікали також за чималу силу завдань без урахування можливости їх виконати та перевірити виконане.

Обговорюючи доповіді представників Наркомздоров'я, а також про стан здоровоохорони на місцях, учасники наради виявили багато недоліків так в роботі самого НКОЗ, як і його місцевих органів. Надзвичайно багато спинялися навколо питань постачання медико-санітарних установ; група постачання Наркомздоров'я недосить чітко керувала централізованим постачанням медоанустанов. Водночас визнавали, що й на місцях зовсім незадовільно впоралися з питаннями постачання. Периферія проявила надто мало ініціятиви (а мабуть і будь-якої не проявила) в справі використання ресурсів і навіть реалізації вже надісланих нарядів НКОЗ.

Доповіді міжрайонних санітарних станцій про боротьбу з епідеміями довели, що на місцях зростають дитячі інфекції; до деякої міри одного часу зростали також і паразитарні тифи. Тут цілком одверто відзначили недостатню увагу від РВК в справі запровадження масових протиепідемічних заходів, профілактичних щепінь та шпиталізації заразних хворих. Так само недосить уваги приділяють забезпеченню ранньої діягностики пошесних захорувань, що має на меті своєчасно виявляти та ізолювати захворілих. Дорікали санбакінститутам і санстанціям, що недосить вони керували протиепідемічною роботою в районах, докоряли також за незадовільне постачання районів бактеріологічними та щепільними матеріялами. Більшість районів порушила перед НКОЗ категоричне питання про підготову санітарно-епідемічних кадрів, що водночас широко використовували б для щепільної роботи студентів ВИШ'ів і медтехнікумів. Так само вимагали рішучого зрушення справи будівництва інфекційних лікарень та відділків при лікарнях, що вже існують.

Цілком зрозуміло, що на питаннях підготови до весняної сільсько-господарської виробничої кампанії наради зосередили чимало уваги. Навіть первісні рапорти багатьох райздоровінспекторів уже доводили, що багато районів негайно розпочали роботу після одержання директив і вказівок від НКОЗ; чимало працювали й з власної ініціятиви. Скрізь проведено курси першої допомоги, курси ясельних робітниць—переважно для колгоспниць. Щодо ясельної кампанії, то виявлено, що контрольні числа НКОЗ подекуди значно перевищуються за зустрічними плянами. Використовуючи досить задовільний досвід минулого

року щодо роботи медичних бриґад, місця вкорінюють цю методу також і цього року, організовуючи медбриґади так короткотермінові, як і на тривалий час. Цього року за сповіщеннями РЗІ набуває більшого вжитку метода пересувних медустанов — консультацій, амбуляторій, навіть поліклінік тощо. Не обминули місця й таких питань, що й собі теж мають чимало діяти в розумінні допомоги успіхові засівної кампанії: це наближення громадського харчування до працюючих в полі, запровадження санітарних заходів у цьому харчуванні.

Констатуючи наявність бажання та готовности більшости медперсоналу працювати та брати участь у боротьбі за суцільну колективізацію, за здійонення генеральної лінії партії на селі, треба проте констатувати, що не всі медробітники підбиралися минулого року досить вдумливо, через що на село потрапляли для медобслуговування польових робіт також і „гастрольори", що турбувалися якнайскоріше відбути цю повинність, щоб потім зникнути, забезпечивши себе дешевими сільськими продуктами. Зазначаючи чимало моментів нездорової роботи деяких учасників бриґад, учасники нарад закликали виправити цього року недоліки, посиливши увагу до справу підбору медбриґад, щоб до них залучали суто радянських медробітників, провівши серед них відповідну роботу.

Уперше на периферії було поставлено конкретно доповіді про перехід на систему єдиного диспансеру. На місцях немає ще цілковитого та вичерпного розуміння всієї системи та порядку її запровадження в цілому, хоч є чимало задовільних наслідків та гарного вивчення досвіду диспансеризації окремих груп виробничих робітників та окремих соціяльних захорувань. Периферійні робітники у промовах підкреслили, що вони цілком пристають до запровадження цієї найдоцільнішої системи соціялістичної охорони здоров'я яка забезпечує оздоровлення побуту й праці трудящих має і пляновість у здоровоохорончій роботі. — Визнаючи за доцільну методу обслуговування за сімейно-територіяльною ознакою, більшість нарад відмітила водночас, що це зовсім не визначає в будьякій мірі зрівнювальної системи. Навпаки, справа чітко-клясового обслуговування, диференціяція всіх видів меддопомоги, визнавалися на нарадах повнотою. Нещадно критикуючи неповне розуміння важливости клясово чіткого — медобслуговуванння, наради підкреслювали свою готовність вирівняти недоліки минулого, зробивши все, щоб виконати постанову ЦК ВКП(б) та директиви Наркомздоров'я.

За велику хибу визнавали на нарадах надзвичайну недостатність притягування радянської суспільности до участи в охороні здоров'я. Чимало докорів було висловлено на адресу місцевих партійних, професійних та адміністративних організацій та установ що не спромоглися ще поставити охорону здоров'я на належний їй щабель у розумінні, зосередження уваги та контролювання роботи органів охорони здоров'я. Негаразд іще стоїть справа саносвітроботи, в якій бракує політичного змісту та пристосування метод і характеру роботи до умов та вимог виробництва та взагалі вимог теперішнього часу в зв'язку із боротьбою за колгоспи, за промфінплян, до боротьби з аґравантами та симулянтами, що зривають соціялістичне будівництво.

Отже, міжрайонні наради райздоровінспекторів і медробітників себе цілком виправдали; наради дали повну можливість провести широкий обмін місцевим досвідом, ознайомитися з тим, як периферія після районування щільно наблизилася до таких нових для неї питань, як районове планування, будівництво, а, крім того, ознайомитися із роботою Наркомздоров'я багатьом районам, що досі не могли похвалитися налагодженим як слід зв'язком із центральним провідним органом охорони здоров'я. Наркомздоров'я й собі теж набув чималої змоги ближче підійти до вивчення потреб, вимог та запитів переферії. Ця форма справді, живого зв'язку з районами варта на цей пріод, щоб її реґулярно повторювати.

Так Наркомздоров'я як і місцеві робітники здобули від цих нарад посиленої впевнености, що дальше якісне поліпшення медсанобслуговування робітників і селян за постановою ЦК ВКП(б), нашу найважливішу справу та обов'язок, буде безперечно здійснено.

С. Є. Довбищенко

Фінансово-бюджетову дисципліну в органах охорони здоров'я—на пильний догляд

Треба визнати, що фінансово-бюджетовим питанням робітники системи охорони здоров'я приділяють геть менше уваги, ніж цього вимагає ця справа. Здебільшого увагу до цих питань зосереджують на час складання та затвердження бюджету. Далі, аж до нової „бюджетової кампанії" знов таки відсувають ці питання на другий плян, вони стають другорядними, ніби втрачають свою актуальність.

Є в нас великі та серйозні досягнення в галузі поліпшення якісних показників роботи мережі охорони здоров'я. До цієї роботи до оцінки її, до виявлення та перевірки якісних показників безперечно притягнуто увагу радянського активу.

Отже, те, що справі охорони здоров'я трудящих у місті й на селі забезпечено активну підтримку пролетарської суспільности дає нам цілковиту впевненість, що й далі якісні показники нашої роботи кращатимуть.

Проте, ми мусимо мати завжди на меті досягти успіхів у всіх галузях нашої діяльности, не припускаючи стану, за якого в одні і тій самій установі досягнення в одному напрямкові зменшувалися або навіть зводились нанівець через прорив на іншій дільниці роботи.

Найнебезпечніше, найвужче місце є фінансово-господарча робота в наших установах, і байдуже ставлення нашої адміністрації до цієї важливої ділянки – річ цілком недозволена. Тут ми часто стикаємося з ненормальним станом, за якого лікар-адміністратор, „шануючи себе", вважає водночас за необов'язкове віддавати час та увагу „якимось" фінансовим та господарчим справам і „передоручає" їх повністю бухгальтерові, рахівникові, завгоспові та інш. Таке саме ставлення до цих справ спостерігаємо й від активу установи.

Яскраві факти, що їх ми маємо, доводять, що в центрі й на близькій та дальній периферії не усвідомили ще першорядного значення неухильного запровадження в життя господарчо-політичних директив партії та уряду про найсуворішу економію в витрачанні народніх коштів, про фінансову дисципліну та додержання режиму ощадности.

Ми стикаємося в нашій роботі не тільки з невиконанням цього, але навіть з тим, що наш адміністративний апарат частенько не знає завдань, які поставлено перед усіма господарчими та культурно соціяльними організаціями в епоху соціялістичного наступу, в передостанній, вирішальний рік п'ятирічки. Як і досі, ми можемо зафіксувати чимало випадків безгосподарности, марнотратства, фінансової та порушень бюджетової дисципліни.

Ось, наприклад, кошти державного та місцевого бюджетів, кошти фонду меддопомоги застрахованим, витрачають не за призначенням. Зайві, непотрібні витрати можна виявити мало не в усіх установах, незалежно від джерела, що від нього дістають вони фінансові кошти. Ламають державне нормування зарплати, у багатьох місцях широко застосовують систему оплати за сполучення посад, за надурочні та за невикористані вихідні дні; штати особливо по лінії адміністративно-господарській, перебільшено; перевитрати та дефіцит за бюджетом перетворилися на звичайне явище.

Такому станові, такому відвертому перекручуванню та викривленню директив партії та радвлади треба негайно покласти край. За першочергове завдання усіх робітників системи охорони здоров'я мусить стати випрямлення фінансово-господарчої роботи удосконалення її, нещадна боротьба всіма силами та засобами з невиконанням та перекрученням господарчо-політичних директив, з марним і недоцільним витрачанням народніх коштів.

За невідкладне завдання на цей день править потреба висвітлити всі сторони господарчого життя установи, перетворити їх на об'єкти невпинної уваги та критичного ставлення до них від пролетарської суспільности.

До кола найсерйозніших та найвідповідальніших обов'язків нашого керівного складу належить таке:

Зберігати кожний карбованець, додержувати найсуворішу бюджетову дисципліну, провадити повсякдень, по суті, а не формально, режим економії, знати добре своє господарство, свої ресурси, приділяти максимальну увагу питанням контролі та відчитности.

Ще одне невелике, але дуже потрібне зауваження: перекрученння в цій справі може спричинити до знищення ясних та потрібних цілей і заходів. Таке незрозуміння завдань та викривлення директив спостережено нещодавно підчас складання одним райвиконкомом колумови із спілкою медсанпраці. Адміністрація та робітники зобов'язалися зменшити витрати за всіма статтями проти бюджету, що його затвердив райвиконком, на 15%. Тут можна ясно вбачити перекручення, бо тут боротьбу за скорочення собівартости обслуговування, собівартости окремих форм меддопомоги підмінили механічним скороченням асигнування за бюджетом на справу охорони здоров'я. У наслідок цього формальний ніби то правильний захід, справді може стати вельми шкідливим, бо тут зменшуються ресурси та змога поліпшити й поширити меддопомогу на цьому вчасткові.

Цими прикладами не обмежуються випадки перекручень і викривлень: їх є чимало в різних галузях і ділянках фінансової роботи установ охорони здоров'я. Не може бути надалі так. Витримана ощадність та обачне ставлення до витрат поряд доцільного та відповідно до кошторисових передбачень витрачання—наш безперечний обов'язок і завдання.

Од редакції. Друкуючи тут цю статтю, що дає чіткі загальні настановлення, ми зауважуємо, що поряд безперечно обов'язкового додержування дисципліни, потрібна ще систематична перевірка та пильне контролювання виконання бюджетово-кошторисних передбачень. Колегія НКОЗ багаторазово пропонувала периферійним органам віддати цій галузі роботи особливу увагу. До цього питання ми сподіваємося ще раз повернутися.

Я. Ліфшиць

Як іноді перекручують ідею єдиного диспансера

Два принципи визначили ідею єдиного диспансеру: принцип розгалуженого обслуговування на периферії—на підприємстві, в колгоспі, радгоспі,—і принцип обслуговування за територіяльною ознакою. Обидва ці принципи мають виняткове профілактичне значення, здійснення їх безперечно дасть змогу збільшити ефективність і якість медико-санітарної допомоги. Саме через це єдиний диспансер визнано за найреальнішу форму медобслуговування.

Здається, кожному зрозуміло, що ці принципи не тільки не перечать один одному, а навпаки, взаємно визначають, доповнюють і, коли можна так сказати, виявляють один одного. Здається, не могло бути двох думок в питанні про те, що ні в якому разі недосить тільки одного з двох потрібних принципів зокрема, щоб говорити про єдиний диспансер там, де другого принципу ще не здійснено. Справді, там, де принцип охоплення периферії реалізовано, можна потверджувати наявність чіткої клясової лінії в здоровоохороні. Водночас там бракує найважливішої ланки диспансеризації—оздоровлення побуту, охоплення сім'ї, санітарного нагляду за районом; в амбуляторному обслуговуванні бракує єдности з обслуговуванням вдома. Проте, ще більша небезпека є там, де всі ці диспансерні принципи здійснюються, але не забезпечуються або мало забезпечуються обслугуванням підприємств, радгоспу, колгоспу.

Тут ми стикаємось з явним викривленням клясової лінії в радянській медицині із цілковитим опортунізмом. Тут бо основна ланка соціялістичної перебудови країни—підприємство—випадає з медично-санітарних ланок. Зрозуміло, за такого стану єдиний диспансер зробив би не крок уперед, а два назад, і від нього треба було б відмовитись, як від найшкідливішого опортуністичного викривлення.

Ще в січні 1930 р. автор цих рядків попереджував про таку небезпеку:

„Єдиний диспансер нам потрібний, бо він поліпшить медикосанітарне обслуговування пролетаріяту..."

„... І основна умова: кожний новий єдиний диспансер повинен забезпечити потребу пролетаріяту краще (і вже ні в якому разі не гірше) аніж тепер. Інакше він не потрібний..."

„... там, де ще немає потрібних умов, це призвело б до погіршення меддопомоги, до відірваности від підприємств".

Проте, спостерігаються тенденції правоопортуністичного викривлення ідеї єдиного диспансеру. Захопившися технічними, статистичними організаційними перевагами територіяльного обслуговування, на місцях подекуди починають переводити сітку на систему єдиного диспансеру: розподіляють місто на ділянки, прикріплюють диспансеризаторів, заповнюють вакантні посади в поліклініці й радіють: утворили, мовляв, єдиний диспансер. Насправді ж це найвульґарніше зрівнування в медицині; це—схема, що їй бракує навіть крихти клясової чулости, в кращому випадкові — це тільки гарна технічна схема поганої організації здоровоохорони.

Не з того кінця почннаєте, товариші! **Не техніка й ґеографія, а клясова політика визначає корисність єдиного диспансеру.**

Поки на підприємствах немає „цехів здоровоохорони" або бодай гарних медпунктів і систематичного обслуговування, поки не буде забезпечено справи набору нових кадрів, профвідбору, організації ясел, громадського харчування й інших частин і умов праці та побуту на підприємстві (через заповнення штатів, чи то прикріпленням лікарів),—говорити про єдиний диспансер шкідливо й недоцільно.

Ото гарна була б „соціялістична реконструкція здоровоохорони", що заголила б підприємство замість пересунути туди максимум своїх сил і коштів.

Чи можна зробити висновок, що треба відмовитися від територіяльного принципу обслуговування?

Ні в якому разі, Там, де утворено єдиний диспансер, людність обслуговують за територіяльною ознакою. Проте, це дає користь лише тоді, коли на самому підприємстві є потрібна медично-санітарна сітка, тоб-то виробничий сектор єдиного диспансеру.

Отже, підприємство—найперша і найважливіша тепер ланка єдиного диспансеру.

Утворювати єдині диспансери у Вінниці, Миколаєві, Києві і в Донбасі, треба починаючи з самого кінця диспансерних ланок.

Там, де допустилися помилок, їх треба негайно виправити, щоб диспансерна техніка не знищила клясової суті.

О. О. Скрипт

До питання про кадри ляринґолоґів

Наше життя чимдалі більше розвивається і складає все більші вимоги до Наркомздоров'я, який, будуючи та збудувавши нові установи, розвинувши мережу медичної допомоги населенню, охоплюючи його не тільки лікувально-профілактичною допомогою, але також утворивши відповідні заходи та заклади соціяльно-побутового чину, — крок за кроком перемагає на цьому фронті. І саме цей шлях може поряд інших теж широко розвинути систему оздоровлення праці й побуту

Розвиток наук у Союзі, темпи цього розвитку відбивають собою ті реальні співвідношення, що в них перебігає реконструктивний період. Наркомздоров'я прагне практично й науково задовольнити вимоги теперішнього моменту, будуючи нові інститути. Ці установи обіймають тепер всі галузі охорони здоров'я, всі фахи лікарської науки, включаючи навіть диференційовані питання, що зв'язані з тим або іншим фахом.

У листопаді 1930 року в Харкові Наркомздоров'я утворив Український державний ото-ляринґолоґічний інститут, науково-практичну та науково-вислідувальну установу, що вивчає питання хворих і здорових органів — вуха, горла й носа.

Зовсім недавно це була необов'язкова малопомітна дисципліна на медичних факультетах; вона не мала достатньої кількости фахівців, лікарняних відділків; цю дисципліну було кволо організовано на периферії. На теперішній час за ініціятивою Наркомздоров'я цю прогалину в недавньому минулому охорони здоров'я тепер заповнюється; вона стає міцною одиницею в системі науково-вислідувальних та практичних інститутів. Український державний ото-ляринґолоґічний інститут має своїм завданням обслужити промисловість, сільське господарство, міста й села України, розробити питання розвитку ото-ляринґолоґічної мережі, підготовлюючи нові кадри фахівців, що в них ми маємо велику потребу. Адже ж на 32 міл. населення України є тільки 350 фахівців з хвороб горла, носа та вуха. Ці фахівці зосереджуються переважно в містах, тоді як неосяжна периферія здебільшого позбавлена цієї кваліфікованої допомоги. Вже ці цифри досить яскраво характеризують стан обслуговування цілої низки промислових і сільсько-господарських районів. Наша потреба в таких спеціялістах зростає, вимоги на них збільшуються. Наш інститут прагнутиме не тільки надати високо-кваліфіковану допомогу хворим, що приїздять з периферії, не тільки поглиблювати та розвивати науку, але має на меті готувати кадри ото-ляринґолоґів (лікарів і середнього медперсоналу), що під їхнім керівництвом утворюватимуться на периферії нові фахівці. Водночас інститут має своїм завданням піднести кваліфікацію н а я в н и х кадрів, наблизивши до них усі досягнення науки та практики, давши їм змогу вивчати усі галузі цього фаху. Проте, як саме заповнити прогалину, що є тепер, зараз же, не відкладаючи цього важливого питання на завтра? Основне — це швидко й гнучко розв'язати його, використавши наявні можливості.

Якщо інститут навчає, утворює кадри учителів, практичних лікарів, майбутніх учених, то в іншому маштабі, в іншій площині, з іншими можливостями цю ролю інституту може покласти на себе перша-ліпша лікарня на периферії, де є кваліфікований фахівець. Таких лікарень, що під методологічним керівництвом інституту могли б виконати завдання — розв'язати питання щодо утворення кваліфікованих кадрів, маємо на Україні чимало. Неможна більше гаяти час, треба енерґійно працювати. Опріч зазначеного способу розв'язати завдання про кадри, інститут намічає ще один захід.

Там, де цієї допомоги немає, де через відсутність спеціялістів з хвороб вуха, горла й носа, населення глухне, задихається й губить свою працездатність — там треба коштами інституту організувати рухому допомогу, науку, рухому учобу й тим самим допомогти дільничним лікарям, навіть у глибокій периферії навчитися елементів надання лікувальної й профілактичної допомоги, з цих хвороб. По тих же місцях, де немає будьякої допомоги, і таку надає середній медичний персонал, інститут організує тимчасову базу, що своєю лікувально-профілактичною й санітарно-освітньою роботою відповідно допомагає населенню. За цього середній медперсонал навчається елементів ото-ляринґолоґії, як уникнути помилок, як надати першу допомогу на нагальні випадки, як орієнтуватися в питанні відрядження хворого до спеціяліста.

Треба поставити Український державний ото-ляринґолоґічний інститут в Харкові „на колеса" й дати периферії не доповідачів лінією громадського навантаження, а кваліфікований, міцно злютований, добре організований колектив, що періодично виїжджає туди, де потрібна його допомога.

О д р е д а к ц і ї. Думка, що її тут висловлює автор статті, не є нова. Справа підготовки кадрів тим або іншим способом є, звичайно, завдання не тільки учбових закладів, але також і науково-практичних і вислідувальних інститутів. Щодо використання периферійних лікарень, яко бази для готування кадрів на місцях, то про це є відповідна постанова Колеґії НКОЗ з грудня минулого року. Утворення лікарень ВИШ'ів та лікарень-технікумів є вже цілком реальна справа, що її Наркомздоров'я здійснює насамперед в Харкові та Києві, а незабаром прищеплюватиме також і в інших містах.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ

93-а Про розподіл функцій між РЗІ у районах III категорії

До всіх райвиконкомів, і райздоровінспекторів

У зв'язку з тим, що на місцях виникає багато непорозумінь з приводу того, кого вважати за керівника справи здоровохорони в районах III категорії, де є 2 райздоровінспектори, НКОЗ пояснює, що один з них, за призначенням РВК є райздоровінспектор, другий—його заступник та інспектор окремої галузі.

Роботу поміж ними розподіляє райздоровінспектор.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Кер. оргсектору **Суслев**

94. Про раціоналізацію справи прийому хворих в амбуляторно-поліклінічних установах

До всіх райздоровінспекторів, секцій охорони здоров'я міськрад

До цього часу робота низки амбуляторно-поліклінічних установ провадиться за старими шаблонними формами без пристосування навіть простіших раціоналізаторських заходів.

Зокрема це виявляється в справі організації запису та прийому хворих, де майже нічого по багатьох установах не зроблено, не спрощено системи реєстрації, хворі годинами стоять натовпом в реєстратурі та чекають на прийом у лікаря. Виходячи з реєстратури, хворий не завжди знає, коли та де його прийме лікар.

Щоб усунути надалі такі явища, категорично пропоную максимально спростити роботу реєстратур з тим, щоб хворий в реєстратурі затримувався не години, а хвилини. Кожний хворий повинен одержувати в реєстратурі талон (марку) з певним визначенням, о якій годині та до якого лікаря він повинен з'явитися.

Одночасно пропонується так ув'язати прийом первісних та повторних хворих, щоб їх перепускали через кабінети рівномірно й щоб повторні хворі взагалі не проходили через реєстратуру, а з'являлись би у термін, безпосередньо призначений відповідним лікарем.

Взагалі роботу амбуляторно-поліклінічних установ слід побудувати так, щоб на процедуру запису та прийому до лікаря хворий витрачав мінімальний час та щоб за неможливости негайного прийому, йому давалося б змогу, не чекаючи у приміщенні лікустанови, з'явитися у певно визначений термін.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

(Лист Наркома охор. здоров'я № 315-21 з 22 квітня 1931 р.).

95. Про спецкошти у постановах

До всіх райвиконкомів (РЗІ). До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я). Копія: НКОЗ АМСРР та Уповноваженому НКОЗ в Одесі тов. Волковому

НКОЗ пояснює, що за арт. 20 постанови РНК УСРР з 23 січня 1931 р. № 181 „Про зміни в держбюджеті УСРР на 1931 р.“ та пояснення НКФ з 3 лютого 1931 р. № 3. 12. 19 чинність спецкоштів установ за

держбюджетом продовжено до 1 січня 1932 р. Відповідно до цього віддалено надання чинности постан. ВУЦВК'у та РНК УСРР з 6 листопада 1930 р. „Про скасування спеціяльних коштів, що є в розпорядженні Урядництв та установ УСРР" (З. з. № 75, арт. 240).

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Керівник плянсектора **Машинко**

(Об. лист НКОЗ № 16-813-13 з 23 квітня 1931 р.)

96. У справі мобілізації коштів із позабюджетових джерел і складання єдиного фінансового пляну

До всіх райвиконкомів (РЗІ) і міськрад (секцій ОЗ), медсануправ на транспорті, Тракторобуді, Дніпрельстану. Копії до НКОЗ АМСРР та уповн. НКОЗ в Одесі т. Волкового

Починаючи з жовтня місяця 1930 року, Наркомздоров'я звертався до своїх місцевих органів про приділення якнайбільше уваги справі мобілізації коштів із позабюджетових джерел, а також підгототовки до складання єдиного фінансового пляну охорони здоров'я на 1931 р. (див. лист НКОЗ з 25 жовтня 1930 р. № 22210, 10 грудня 1930 р. — № 21211, 12 грудня 1930 р. № 22214 з 19 лютого 1931 р. за № 16-210-65).

Зараз Наркомздоров'я ще раз звертається з цього приводу, нагадуючи про велике значення для справи охорони здоров'я мобілізації вчасно й повністю всіх коштів, що йдуть на розвиток справи охорони здоров'я.

Разом із цим Наркомздоров'я вважає за потрібне додати до своїх попередніх вказівок щодо мобілізації коштів таке:

1. За єдиним фінансовим пляном охорони здоров'я лінією відрахувань із фонду поліпшення побуту робітників і службовців підприємств і організацій на ясла розміром від 5 до 10% фонду та на оздоровні заходи для дітей розміром від $1^1/_2$ до $2^1/_2$% фонду, на підставі постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 р., передбачено 4.500.000 крб.

Відрахування розміром $^1/_4$% фонду зарплатні державних і кооперативних промислових, комунальних і сільсько-господарських підприємств, а також державних торговельних організацій, на підставі тієї самої постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР, за орієнтовним підрахунком повинні становити 2,5 — 3 млн. крб.

Оскільки ті й другі кошти витрачається на місцях, — на місцеві органи охорони здоров'я покладається зобов'язання вжити всіх заходів до повної мобілізації цих коштів через активну участь у роботі комісій в справах розподілу фондів колективізації та оздоровлення дитячого побуту, на підставі п. п. 31 і 32 постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 року.

2. Великої ваги слід надати асигнуванням за рахунок коштів трестів сільсько-господарського значення: „Зернотресту", „Овцеводу", „Свиноводу" і „Скотоводу" — через догляд за вміщенням асигнувань до промфінплянів відповідних трестів, що розташовані на терені України.

3. На цей час, на момент великого колгоспного руху, набуває величезного значення участь органів охорони здоров'я в забезпеченні колгоспів медично-санітарною мережою установ і заходами профілактичного й оздоровного характеру.

Місцеві органи охорони здоров'я повинні вжити всіх заходів до того, щоб за рахунок культурно-побутових фондів колгоспів було забезпечено

належною мірою витрати на охорону здоров'я, так само й на будівництво мережі установ.

Крім того, постановою президії ВУЦВК'у з 22 вересня 1930 року при районних спілках сільсько-господарських колективів утворено фонди сприяння будівництву та встаткуванню культурно-побутових і політично-освітніх установ у колгоспах. Тому місцеві органи охорони здоров'я, на підставі п. 9-го тієї самої постанови Президії ВУЦВК'у, повинні взяти активну участь у розгляданні плянів використання коштів цих фондів, забезпечивши там будівництво установ охорони здоров'я.

4. За відомостями Головкомгоспу, відрахування $^1/_4$% фонду заробітної плати по комунальних підприємствах на утримання ясел та відрахування з фонду поліпшення робітників і службовців цих підприємств на ясла та оздоровні заходи для дітей становить значні суми разом по Україні. Місцеві органи охорони здоров'я повинні урахувати ці кошти в загальних своїх плянах розвитку справи охматдиту на місцях.

Нарешті, Наркомздоров'я звертає увагу своїх місцевих органів на таке:

До НКОЗ надходять відомості про те, що деякі підприємства загально-союзного значення відмовляються робити відрахування $^1/_4$% з фонду зарплатні на утримання ясел, а також асигнування на оздоровні заходи дітей, а також відрахування з фондів поліпшення побуту робітників і службовців, посилаючись на те, що постанова ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 р. не поширюється на підприємства й організації загально-союзного значення.

З приводу цього Наркомздоров'я пояснює, що постанова РНК СРСР з 27 березня 1928 року встановлює обов'язкові відрахування виробничих підприємств загально-союзної промисловости, в яких жіноча праця має значне застосування, на утримання ясел для обслуговування робітниць цих підприємств розміром $^1/_4$% фонду заробітної плати підприємства. Тою самою постановою РНК СРСР встановлено, що, розподіляючи кошти ФППР тих промислових трестів, де жіноча праця має значне пристосування, треба виділяти не менш як 5% фонду на будівництво і утримання ясел, з підвищенням цих відрахувань по трестах, де жіноча праця превалює, і з передачею цих сум відповідним місцевим органам охорони здоров'я.

Отже, підприємства та організації союзного значення, що розташовані на терені України, також повинні робити відповідні асигнування на визначені заходи охорони здоров'я.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**

Керівник плянсектора **Машинко**

(Об. розп. НКОЗ ч. 24114-25 з 27 квітня 1931 р.).

Затвердив
Нарком Охорони Здоров'я — С. Канторович
28 березня 1931 р.

97. УСТАВА

Про науково—харчову раду НКОЗ УСРР

(*На підставі та на розвиток постанови РНК УСРР з 12, VI/30 р. протокол ч: 19-672, п. 19*)

1. Щоб координувати всю науково-дослідну й науково-практичну роботу в галузі народнього харчування, що провадять різні установи й організації УСРР, при НКОЗ УСРР утворюється науково-харчова рада.

2. На науково-харчову раду покладається:

а) об'єднувати й координувати всю науково-дослідну й науково-практичну діяльність у галузі народнього харчування всіх установ і організацій УСРР, що провадять роботу в цьому напрямі;

б) розглядати та затверджувати пляни науково-дослідної й науково-практичної роботи в галузі народнього харчування відповідних наукових установ і організації УСРР;

в) заслухувати доповіді й звіти цих установ про переведену ними роботу;

г) опрацьовувати окремі наукові питання в галузі народнього харчування так за завданням уряду, як і з власної ініціятиви, а також з доручення господарських і кооперативних організацій;

д) допомагати розвиткові й зміцненню справи народнього харчування в УСРР;

е) розглядати з наукового боку основні питання, що виникають підчас здійснення технічного й санітарного догляду в справі народнього харчування;

ж) підтримувати науковий зв'язок з усіма установами й організаціями СРСР й закордону, що провадять наукову роботу в галузі народнього харчування та використовувати досвід роботи, що мають вони в цьому.

з) видавати наукову й популярну літературу в справі народнього харчування;

і) організовувати доповіді й лекції наукового й популярного характеру в питаннях народнього харчування,

3. Щоб здійснити покладені завдання, харчова рада має право:

а) давати директиви відповідним установам й організаціям щодо переведення ними наукової роботи в галузі народнього харчування;

б) перевіряти діяльність зазначених установ і організацій;

4. До складу науково-харчової ради входять: по одному представнику від Держпляну УСРР, Наркомпостачання. ВРНГ, НКЗС, НК РСІ, НКО УСРР, комісії соціялістичної перебудови побуту, що є при президії ВУЦВК'у, держ. акц. т-ва „Укрнархарч", ВУК'ів профспілок: нархарч, харчосмак*) і медсантруд; Вукопспілки, Укр. комітету Червоного Хреста, 6 представників від НКОЗ за призначенням Народнього Комісара Охорони Здоров'я, по одному представнику віе усіх наукових інститутів та катедр УСРР, що провадять роботу в галузі народнього харчування, а також інші спеціяльні запрошені особи.

За голову науково-харчової ради є Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР, а постійним заступником його - особа за його призначенням,

5. Затверджені від НКОЗ постанови науково-харчової ради, що їх ухвалено в межах наданих їй прав, є обов'язкові для всіх урядництв, установ, підприємств і організацій, що провадять роботу в галузі народнього харчування.

6. Керування справами науково-харчової ради покладається на президію ради, що обирається з числа членів ради кількістю в 9 осіб і 3 кандидати, і затверджує НКОЗ. Для виконання своєї поточної роботи президія обирає з числа своїх членів неодмінного секретаря.

7. Для попереднього опрацювання та щоб вивчати окремі питання, рада має утворювати постійні секції або тимчасові комісії, пропозиції й висновки яких обов'язково вносять на розгляд ради.

8. Науково-харчова рада власного технічного апарату не має, а користує з апарату НКОЗ.

9. Витрати для роботи ради покриваються за кошторисом НКОЗ та інших джерел (за угодами між НКОЗ та відповідними урядництвами, кооперативними та громадськими організаціями).

97-а. Про постанову уряду УСРР щодо пільг медперсоналу

До всіх райздоровінспекторів і голів секцій охорони здоров'я міських рад До всіх МСУ на транспорті, Водсанупру. До МСУ Дніпрельстану, Тракторобуду, Копія: НКОЗ АМССР та уповноваженому НКОЗ в Одесі—т. Волковому

Подаючи тут копію постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР про поліпшення матеріяльнопобутового стану медичного персоналу, Наркомздоров'я пропонує взяти цю постанову до неухильного керування та виконання.

Хоча РВК одержав цю постанову своєю лінією або ознайомився з нею з „Вістей" чи то із „Збірника узаконень" Уряду УСРР, Вам треба подбати про те, щоб, щоб відповідні заходи й розпорядження, яких вимагає ця постанова уряду, включалося та передбачалося у плянах роботи РВК та підлеглих йому установ.

*) Усіх спілок, що їх за останнім розподілом утворено із кол. спілки харчовиків, — Ред.

Особливу увагу зверніть на забезпечення грошових надвишок за вислугу років пільг щодо навчання дітей медробітників, стипендій для них та інш.
Популяризуйте широко постанову серед медробітників Вашого району.

Наркомздоров'я **Канторович**
Ст. референт оргінстру **Залкінд**

Копія

ПОСТАНОВА

ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО ВИКОНАВЧОГО КОМІТЕТУ І РАДИ НАРОДНІХ КОМИСАРІВ

Про поліпшення матеріяльно-побутового стану медичного персоналу

Щоб забезпечити медично-санітарні установи, розташовані в робітничих селищах та сільських місцевостях, медичним персоналом відповідної кваліфікації і поліпшити його матеріяльний стан, а так само зважаючи на тяжкі умови роботи медичного персоналу психіятричних лікарень, будинків примусових робіт, судово-медичних і санітарних лікарів, Всеукраїнський центральний виконавчий комітет і Рада народніх комісарів УСРР постановили:

I.

1. Медичні робітники, відряджувані на роботу в робітничі селища та сільські місцевості за постановами Народнього комісаріяту охорони здоров'я УСРР або народнього комісаріяту праці УСРР і відповідних місцевих органів, а так само медичні робітники, що їх знову направляють або що переходять з власного бажання на роботу до зазначених місцевостей, одержують компенсацію нарівні з особами, переводжуваними з одного місця служби до іншого, коли перевід зв'язаний із зміною місця осідку (арт. 82 Кодексу законів про працю УСРР).

Зазначену компенсацію виплачує установа, підприємство або організація, що до них на роботу виїжджає медичний робітник.

2. Житлова площа, що її мав медичний робітник перед від'їздом на роботу до робітничого селища або сільської місцевости, коли родина його залишається на місці попереднього осідку, залишається за цією родиною на увесь час роботи медичного робітника у зазначених місцевостях. Це правило не поширюється на студентські гуртожитки.

3. Місцеві виконавчі комітети і ради а так само інші установи, організації та підприємства, кому слід, що в їхньому віданні є по робітничих селищах і сільських місцевостях медичні робітники, повинні забезпечити цих робітників: 1) безплатними транспортними засобами або сплачувати їм витрати на роз'їзди, зв'язані з обслугуванням хворих; 2) мінімальною кількістю медичної літератури, передбачаючи для цього щорічні асигнування за кошторисами кожної селищної або сільської медично-санітарної установи.

Крім цього, зазначені в цьому артикулі органи, установи й підприємства повинні передбачати кошти на утримання резервного медичного персоналу для заміни медичних робітників, що перебувають у науковому відрядженні або в черговій тарифній відпустці.

4. Для медичних робітників, що безперервно працюють в робітничих селищах і сільських місцевостях, встановлюється, починаючи з 1-го жовтня 1927 року, періодичні надвишки (але не більш як чотири надвишки) до основного річного розміру заробітної платні за кожні три роки безперервної роботи, розміром 150 крб. для лікарів і 60 крб. для інших медичних робітників. Надвишки встановлюються незалежно від того, чи

проходила робота в одному чи в декількох робітничих селищах або в сільських місцевостях.

5. Медичні робітники, що пропрацювали на селі найменш п'ять років, мають переважне, за інших однакових умов, право обіймати вільні посади в містах відповідно до їхньої кваліфікації.

6. Запропонувати Народньому комісаріятові охорони здоров'я УСРР встановити пільгові умови навчання в заочних медичних школах для медичних робітників, що працюють у робітничих селищах і сільських місцевостях, зокрема зниження плати за навчання й екстернат.

Медичні робітники, що підвищують свою кваліфікацію в заочних медичних школах, зв'язаних з проходженням екстернату або виконанням практичних ляораторних занять, мають право, замість наукового відрядження одержати додаткову відпустку, із залишенням утримання для проходження екстернату або виконання ляораторних занять. Цю відпустку дається загалом не більш два місяці за три роки роботи в робітничих селищах або в сільських місцевостях, причому цю відпустку можна давати або зразу на два місяці або частинами, за згодою адміністрації з медичним робітником.

7. Медичним робітникам за час їхнього перебування на виробничих конференціях районового значення сплачується витрати, зв'язані з поїздкою і перебуванням на конференції.

8. Надати дітям медичних робітників, які працювали в робітничих селищах і сільських місцевостях найменш три роки, пільгові 2мови на рівні з дітьми робітників, прийому до установ соціяльного виховання професійних шкіл і вищих шкіл, безплатного навчання в них і забезпечення стипендіями.

9, Медичних робітників, що прайюють у робітничих селищах і сільських місцевостех, забезпечувати харчами і речами широкого вжитку пляновим порядком, а що працюють у підземних медичних пунктах—нарівні з підземними робітниками.

10. Право на пільги поряоком цієї постанови мають такі категорії медичних робітоиків: лікарі, зубні лікарі фармацевти, лікарські помічники, акушерки й медичні сестри.

11. Пільги, передбачені арт. арт. 4 і 8 цієї постанови, поширюються на санітарних і судово-медичних лікарів, на медичний персонал психіятричних лікарень лепрозорій і лікарень при будинках примусових робіт так само і за тих випадків, коли вони працюють у містах.

12. Видатки, зв'язані із здійсненням пільг, передбачених у цій постанові, відносяться на рахунок тих джерел фінансування, за якими утримується медичних робітників.

II

13. Цю постанову видано на скасування арт. арт. 1, 3—10 постанови РНК УСРР з 19 травня 1925 р. „Про заходи до укомплектування лікарським персоналом сільських медично-санітарних установ" (Зб. УССР 1925 р., № 27 арт. 212 і 1926 р. № 17 арт. 152) та на доповнення постанови ВУЦВК і РНК УССР з 24 липня 1930 р. „Про пільги длє робітників соціяльно культурних установ (Зб. Зак. УССР 1920 р. № 17 арт. 165).

Харків 5 травня 1931 р.

Голова Всеукраїнського центрального виконавчого комітету—Г. Петровський

Голова Ради народніх комісарів УСРР—В. Чубар

Секретар Всеукраїнськ. центрального виконавчого комітету—М. Василенко

(Надруковано в Зб. Уз. УСРР 1931 р. ч. 16 арт. 141)

97-б. Про постачання продуктів медперсоналу

(Розіслано 24 квітня 1931 р.).

До всіх голів міськрад та райвиконкомів до всіх райсоюзів та робкоопів, ВУК МСП. Копія Наркомздоров'я УСРР

Не зважаючи на низку окремих розпоряджень та вказівок НКП постачання про налагодження постачання продуктів харчування медперсоналові, до цього часу надходять багато скарг з районів про кепське постачання або повне відновлення видавати навіть хліб медперсоналові.

Отже ИНПостачання УСРР та Вукоспілка в останнє категорично вимагає негайно врегулювати справу постачання медперсоналу в такий спосіб, щоб медперсоналу постачати хліб, харчові продукти та промкрам безперебійно як і вчительство.

Одночасно для поліпшення матеріяльно-побутового стану, НКОЗУ запропонував медсанустановам організувати закриті їдальні для медперсоналу, є тому всім райсоюзам та робкоопам пропонується всіляко сприяти цим заходам, постачаючи таким їдальням продукти харчування за рахунок місцевих ресурсів.

Заст. Наркомпостачання **Сапов**

Заст. Голови Правління Вукоспілки **Бляхер**

(Об. розп. НКПостач. та ВУКС'у з 24 квітня 1924 р.).

97-в. Про пляновий відпуск лікарів для перекваліфікації

До всіх, міськздоровінспекцій, райздоровінспекторів, медсанупрів, НКОЗ АМСРР та Уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

Спостерігаються випадки, коли районні установи та інші організації не відпускають лікарів до інститутів удосконалення для підвищення кваліфікації. Мотиви цього: брак лікарів, відсутність заступників. Таке становище гальмує справу систематичної перепідготовки кадрів та загрожує дискваліфікацією медичної допомоги на місцях.

Тому, категорично пропонується відпускати лікарів для перекваліфікації в пляновому порядкові, вживаючи всіх заходів для заміщення відряджених через маневрування та перекидання наявних кадрів.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Член Колегії НКОЗ — керівник сектора кадрів **Туркельтауб**

(Об. розп. НКОЗ з 15 травня 1931 р. ч. 10—610—212).

97-г. Про перегляд складу адміністративного та господарчого персоналу медсанустанов. Про піднесення роботи установ та всього персоналу

(*Лист Наркома Охорони Здоров'я т. Канторовіча до РЗІ, начальників МСУ, голів секцій охорони здоров'я міськрад*)

Підчас відвідування лікув. профілактичних установ я з'ясував, що майже скрізь особи, що стоять на чолі цих установ, не приділяють будької уваги їхньому станові, а стан нашої мережі здебільшого надзвичайно тяжкий. Величезні народні цінності приводяться, а подекуди вже приведено до недозволено тяжкого стану.

Категорично пропоную негайно перевірити ввесь адмінгосп. склад, найкоротчим терміном зняти з роботи ледарів, непридатних робітників, що не відповідають своєму призначенню, підібрати людей, що боліли б за справу та відповідали за доручену роботу та установу.

Пропоную вжити найсуворіших заходів до осіб, що не стежать як слід за станом та забезпеченням нормальної роботи установи.

Скрізь, де в наших лікарняних установах є директори, головлікарі, завгоспи, залишити тільки головлікарів і завгоспів, спростивши в такий спосіб структуру, посиливши відповідальність за стан мережі.

Попереджую, що РЗІ, секції охорони здоров'я та МСУ цілком відповідатимуть за стан установи, їм підлеглої та за відповідність своєму призначенню кожного адмін-

госп. робітника, будьто головлікар чи завгосп. Повторюю: звільнення з лікустанов всього непридатного персоналу та настановлення цілком придатних людей—справа суто важлива, яку треба реалізувати протягом найближчого часу.

Пропоную провести негайно потрібні раціоналізаційні заходи на ліквідацію черг за всяку ціну, одремонтувати всю мережу, використавши для цього всі місцеві можливості та ресурси.

Наркомздоров'я УСРР **Канторович**

98. Про самозакріплення медперсоналу

До всіх райвиконкомів (РЗІ), міськрад (міськздоровінспектур), МСУ, до всіх медробітників, до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового.

Здійснення п'ятилітнього пляну соціялістичного будівництва за 4 роки залежить не тільки від мобілізації матеріяльних ресурсів, але рівною мірою від ентузіязму всіх робітників по всіх галузях народнього господарства. Надзвичайно напружена робота пролетаріяту, боротьба за виконання промфінпляну вимагає від армії медичних робітників активної участи в цій роботі, зокрема — забезпечення нормального безперебійного медичносанітарного обслуговування індустріяльного пролетаріяту та колективізованого селянства.

Проте, не все гаразд на цій медичній ділянці господарчого фронту; недостатність медичних кадрів, що почувається скрізь, загострюється ще через плинність медперсоналу.

Пересунення медробітників міст до села, плянове напрямлення всіх, що скінчили медвиш'і та технікуми на роботу до периферії — все це зміцнює медичні кадри, що виконують тепер серйозну та відповідальну роботу щодо обслуговування робітників і селян.

Наркомздоров'я та ВУК медсантруд вважають, що на цей найвідповідальніший час 3-го року п'ятилітки всі зусилля медробітників треба зосередити та скерувати на одну мету—виконати п'ятилітній плян.

Жоден медробітник, що усвідомлює, як обізнаний активний робітник соціялістичного будівництва, значення сучасного моменту, не може кидати свій трудовий пост. Кидати роботу на периферії тепер, навіть за тих іноді недостатніх умов праці,—це варто боягуза.

Кожен медробітник повинен вважати себе за бійця революції, бійця за п'ятилітку і повинен залишатись до кінця на свойому пості.

Наркомздоров'я та ВУК МСТ закликають т. т. медробітників промислових і сільських районів іти за прикладом багатьох тисяч індустріяльних робітників, що закріпили себе на роботі до кінця п'ятилітки.

Треба широко обговорити це питання на загальних зборах, висвітлюючи його значення, всебічно переведенню всіх заходів, щоб припинити плинність. Треба розгорнути широку масову кампанію самозакріплення медперсоналу периферійних установ, зокрема в Донбасі, що на ньому тепер концентрується увага всього СРСР. Остання директива ЦК КП(б)У про сприяння матеріяльно-культурному розвиткові Донбасу ставить перед органами охорони здоров'я низку найважливіших завдань, від яких в значній мірі залежить виконання Донбасом тих виробничих програм, що їх йому поставили партія та уряд.

Отже, на цей найвідповідальніший час кожний медробітник повннен залишитись на своїй важливій варті, як самомобілізований.

Наркомздоров'я і ВУК МСТ певні того, що вся маса медробітників щиро відгукнеться на цей заклик, почавши кампанію самозакріплення медперсоналу в індустріяльних і сільських районах.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян.**
Голова ВУК МТС **Мілер.**

(Лист НКОЗ та ВУК МСТ № 16/610/169 з 20 квітня 1931 р.)

99. Про робітний день медсанробітників

(Із постанови НК Праці СРСР з 10 січня 1931 р.).

(*Продовження*). *)

К. Педагогічний персонал лікарняно-виховних установ охорони здоров'я дітей та підлітків

а) Психо-невро-патологічних шкіл—санаторій, дитячих психіятричних відділків, установ для розумово глибоко-відсталих дітей і клінічних установ для дітей невропатологічного типа, що їх важко виховувати:

1) вихователі-льки, сестри-вихователькн—4 години;
2) проводир піонерських загонів—4 години;

3) педологи—педагоги—32 години на декаду;
4) інструктори—викладачі (фізкультури, ремесництв, музики, співу, рисування)—32 години на декаду;
5) педагоги—груповоди—24 години на декаду.
б) Дитячих чанаторій з кісткової й легеневої туберкульози, денних і нічних санаторій, лісових шкіл, клінічних відділків при інститутах охорони здоров'я дітей і підлітків:
1) вихователі—льки—5 годин 15 хв.;
2) педологи—педагоги—32 години на декаду;

2. Для особи певної професії, яка фактично виконує обов'язки з іншої професії (наприклад, коли палатна сестра тимчасово працює в рентґенівському кабінеті)—тривалість робітного дня визначається за тою професією, в якій дана особа фактично працює.

3. Робітник, що належить до професії зі скороченим робітним днем і фактично працює в цій професії протягом неповного робітного дня—користується з скороченого робітного дня лише за умови, що він працює в цій професії більше половини встановленого для неї скороченого робітного дня.

4, Для неповнолітніх від 17 до 18 років тривалість робітного одя не може перевищувати 6 годин.

Розподіл робітного часу

5. Для робітників установ, що працюють цілу добу, тривалість зміни не може бути більш дванадцяти годин підряд.

Для кожного даного робітника тривалість перерви поміж змінами мусить вкупі з часом обідної перерви становити не менш подвійної тривалости роботи в попередню зміну.

6. Розподіл робітного часу й чергування встановлюється правилами внутрішнього розпорядку.

Нічна робота й чергування

10. Праця вночі (від 10 год. вечора до 6 год. ранку) враховується так:

б) якщо є змога спати протягом всього або частини нічого часу—одна година, як півгодини, незалежно від тривалости роботи;

б) у разі немає змоги спати — одна година як шість п'ятих годин для робітників з $6^1/_2$–6—годинним днем, як сім шостих годин для робітників з 7 годинним робітним днем і як вісім сьомих — для робітників з 8-годинним робітним днем.

11. У правилах внутрішнього розпорядку мусить бути певно встановлено, в яких відділках робітник має право спати вночі, а також з якої години вночі можна за умовами роботи даної установи, спати.

Адміністрація зобов'язана надавати в цих відділках черговому койку з постільним приладдям.

12. Нічна робота всього медичного персоналу пунктів і станцій швидкої допомоги, молодшого медичного персоналу стаціонарних установ і середнього медичного персоналу психіятричних установ, дитячих лікарень, ясел, пологових будинків та відділків, хірургічних лікарень та відділків і відділків для гострозаразливих хворих — враховується, як робота без змоги спати.

13. Чергування вдома не припускається. На виключні випадки припускаються, за згодою з профспілкою, чергування вдома впозаміських селищах та робітничих посьолках. За цього одна година чергування враховується, як півгодини праці.

Надурочна праця

14. Надурочну працю припускається в лікувально-санітарних, ветеринарних та аптечних установах лише у випадках, межах і порядкові, що їх встановлено в чинному законодавстві про працю.

15. За помісячного обліку робітничого часу, за надурочну вважається праця понадмісячною нормою робітничого часу. За цього перші 48 вироблених протягом місяця годин сплачується півтораразовим розміром, а кожна година понад 48 годинами — подвійним розміром.

16. Робота у революційні дні сплачується — так за щомісячним, як і за щоденним обліком робітного часу—у подвійному розмірі, згідно з постановою НКП СРСР з 9 лютого 1930 р. № 43 про компенсацію за роботу в революційні дні в підприємствах та установах, що їх переведено на безперервний виробничий тиждень.

(Цю постанову було надруковано в „Известиях НКТ СССР“, 1931 р. № 3)

Колегія Наркомздоров'я затвердила 27 лютого 1931 р.

100. Типове положення

про відділ наукового керівництва та контролі в науково-досвідних інститутах Наркомздоров'я УССР

А. Мета й завдання.

Щоб піднести якість роботи й для дальшого розвитку такої по установах периферійної мережі, а також розвитку науково-дослідної роботи на периферії у відповідних галузях, в інституті організується відділ наукового керівництва та контролі, до завдань якого належить:

1. Надавати консультаційну допомогу апарату здоровоохорони на місцях та окремим робітникам установ у відповідній галузі.
2. Здійснювати активне методологічне керівництво практичною роботою периферійних установ у відповідній галузі.
3. Здійснювати наукову контролю над методами, формами та змістом роботи периферійних установ у відповідній галузі.
4. Організувати постановку науково-дослідної роботи в периферійних установах і з ініціятиви останніх.

Б. Зазначені завдання інститут здійснює:

1. Через пресу
2. Через листовний зв'язок із окремими установами та його робітниками.
3. Скликаючи систематичні наради (краєві, міжрайонні, районні) з постановкою на них доповідей так інституту, як і периферійних робітників (за завданнями інституту і з ініціятиви самих робітників).
4. Через виїзди наукових робітників інституту на периферію.
5. Через приїзди периферійних робітників до інституту (по консультацію, на засвоєння методики, для підвищення кваліфікації).
6. Притягуючи периферійних робітників до обміркування плянів роботи інституту, що їх накреслюється.
7, Притягуючи периферійних робітників до обміркування діяльности інституту.

Примітка: §§ 6 і 7 здійснюється через пресу, через запрошування периферійнихробітників до центру (ін-т) і через виїзди представників інституту на периферію.

8. Одержуючи додаткові відчитні матеріяли від периферійних установ.
9. Вивчаючи діяльність периферійних установ так на засадах звітних даних, як і через спеціяльні обслідування.
10. Переводячи з'їзди-курси так у центрі, як і на периферії.
11. Притягуючи периферійні установи до переведення науково-дослідної роботи ін-та на периферії.
12. Притягуючи окремих робітників периферійної мережі для участи в науковій роботі інститута як штатними, так і позаштатними співробітниками.

Примітка: Наукове керівництво периферійною мережею в першу чергу здійснюється інститутом щодо тих установ, які розташовані в одному місті з інститутом.

Б. Організаційні форми

1. Щоб здійснити намічені завдання зазначеними шляхами, — в інституті організується відділ наукового керівництва та контрольної периферійні мережі.

Примітка: Залежно від особливостей кожного інститута зазначений відділок може входити до складу відділу соціяльної гігієни й патології інститута, або бути самостійним відділом в інституті.

2. Керує відділом завідувач, спеціяльно призначений на цю посаду.
3. До складу відділу наукового керівництва й контролі входять представники всіх відділів (секторів) інститута.
4. Для опрацювання плянів роботи відділу, заслухання відчитів про роботу відділа скликається систематичні (не рідше 1 разу на місяць) і в міру потреби засідання відділу.
5. Для листовного та живого інструктажу периферійних робітників і контролі діяльности периферійних установ притягується всіх наукових робітників інститута за пляном і завданнями відділу наукового керівництва й контролі.
6. Щоб провадити поточну роботу в самому відділі, в ньому утворюється відповідний технічний апарат (секретар, кореспонденти, друкарки та інші потрібні особи, залежно від конкретних потреб).

*) Див. додаток до бюлетеня № 8 — 9 про обслуговування районів інститутами НКОЗ.

7. У кошторисі відділу треба передбачити відповідні асиґнування на відрядження робітників інститута на периферію, а також на викликання робітників із периферії.

В. Форми участи периферійних наукових баз інститута в здійсненні наукового керівництва й контролі периферійної мережі.

Щоб наблизити керівництво до периферії, на периферійні бази інституту покладається консультаційні, керівні та контрольні функції щодо своєї ближчої периферії, за визначенням інституту;

Робота периферійної бази в зазначених галузях переводиться за пляном інститута під його керівництвом і контролею.

Форми, методи й зміст роботи периферійних баз щодо своєї периферії є індентичні з такими самими, що має інститут в галузі наукового керівництва та контролі.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

101. ІНСТРУКЦІЯ

щодо порядку застосування розд. VII кодексу про пільги військовим службовцям та військово-забов'язаним РСЧА та їхнім родинам.

Погоджено зі Штабом УВО

А. Меддопомога військово-службовцям та військово-зобов'язаним РСЧА.

1. Меддопомога, в тому числі ліки, що їх надається в установах цивільних органів охорони здоров'я військовослужбовцям та військовозобов'язаним РСЧА порядком Кодексу про пільги для них (Зб. З. СРСР — 1930 р. № 23, арт. 253) складаються із:

а) лікдопомоги вдома та швидкої допомоги,

б) амбуляторного лікування з усіх фахів (в єдиних диспансерах, поліклініках, амбуляторіях, так самостійних, як і при лікарнях, фізіотерапевтичних установах і т. інш.).

в) зуболікарної, зуботехнічної та зубопротезної допомоги.

г) стаціонарного лікування в лікарнях та інших лікустановах,

д) акушерської та гінекологічної допомоги,

д) допомоги в установах охматдиту,

ж) допомоги в установах у справі боротьби з соціяльними захворуваннями (туберкульозні, венерологічні та інші диспансери),

з) протезної допомоги.

і) допомоги від діягностичних установ, ляборатóрій, рентгенкабінетів тощо,

к) консультаційної допомоги та дослідження стану здоров'я (лікарсько-експертної комісії тощо),

л) допомоги від санітарно-гігієничніх та дезінфекційних установ (ляборатóрій, інститутів, дезкамер і т. інш.).

2. Меддопомогу, зазначену в арт. 1-му, надають військово-службовцям та військовозобов'язаним РСЧА безплатно, на однакових засадах із застрахованими робітниками в установах цивільних органів охорони здоров'я, що повністю або частково утримуються коштом держбюджету, коштом місцевого бюджету, фонду меддопомоги застрахованим.

3. Зазначену в арт. 1 меддопомогу надають порядком цієї інструкції (арт. 2) всім військовослужбовцям та військовозобов'язаним, що перебувають в лавах РСЧА та що проходять службу або навчання (збори, заняття) в складі військових частин в тих випадках, коли в місцевості їхньої служби або навчання (збори, заняття) немає відповідної військово-санітарної установи, або відповідного відділу, спеціяльного устаткування.

Увага: 1. Військово-службовці, що є в резерві РСЧА, одержують меддопомогу на однакових підставах з кадровими військовослужбовцями.

2. Меддопомогу військовослужбовцям та військовозобов'язаним, що проходять службу, або навчання (збори, заняття) не в складі військових частин (допризовники, позавійськовики, запасні тощо), а також меддопомогу перемінному складові територіяльних частин провадиться по установах цивільних органів охорони здоров'я порядком окремої інструкції НКОЗ УСРР.

3. Військовослужбовці та військовозобов'язані РСЧА, звертаючись по меддопомогу до цивільних медустанов, повинні мати санквиток, або супровідний лист від військової частини (установи) з міста служби або навчання (зборів, занять). Військовослужбовців та військовозобов'язаних, що є в відпустці, або відрядженні надсилають до цивільних медустанов коменданти міст (військомісари) за містом реєстрації.

Б. Меддопомога членам родин військовослужбовців.

4. Члени родини кадрового, рядового та начальницького складу (крім дотерміново. відпускн.) користують з усіх видів медопомоги, що зазначені в арт 1 цієї інструкції, а також з допомоги установ охорони материнства та дитинства (консультації, дитячі профілактичні амбуляторії тощо) без сплати на однакових засадах із членами родин застрахованих робітників в установах, цивільних органів охорони здоров'я, незалежно від того, чиїм коштом повністю або частково ці установи утримуються.

Увага: звертаючись по меддопомогу до цивільних медсанустанов, члени родини військовослужбовців повинні мати документи, що свідчать про їхнє право на пільги, що їх видають військові частини або органи військового управління або райвиконкоми, міські, селищні та сільські ради за належністю.

5. По великих гарнізонах та в місцях, де гуртожитки військовослужбовців розташовані далеко від цивільних медикосанітарних установ (військові містечки, лагері) місцеві органи охорони здоров'я організовують для членів родин військовослужбовців прийом лікарям в амбуляторіях військових частин, за згодою із головлікарями цих частин.

6. З меддопомоги по установах цивільних органів охорони здоров'я на однакових підставах із членами родин кадрового, рядового та начальницьктго складу (арт. 4) користуються також члени родин військовослужбовців перемінного складу терчастин з числа робітників, службовців та безробітних, що їх закликано на 3-х місячне навчання в цих частинах перший рік їхньої служби.

В. Меддопомога військовослужбовцям, що цілком звільнені від служби та членам їхніх родин.

7. Військовослужбовці кадрового начальницького складу, що цілком звильнені від служби та що одержують пенсію порядком державного забезпечення кадрового начскладу РСЧА й члени їхніх родин користують з усіх видів меддопомоги, згідно з арт. арт. 1 та 4 цієї інструкції безплатно на однакових засадах із застрахованими робітниками та членами їхніх родин в установах цивільних органів охорони здоров'я незалежно від того. чиїм коштом утримуються ці установи повністю або частково.

8. Військовослужбовці рядового складу РСЧА, а також начальницького складу, що їх цілком звільнено від служби за хворобою й що не одержують пенсії порядком державного забезпечення кадрового начскладу РСЧА, користуються з усіх видів меддопомоги згідно з арт. 7 цієї інструкції аж до видужання від хвороби, через яку їх звільнено від служби, а в належних випадках, аж до часу, коли мине потреба в протезах.

Увага: особи, що зазначені в арт. 7 й 8 цієї інструкції, звертаючись по меддопомогу до цивільних медсанустанов, повинні мати документи, згідно увагою до арт. 4, які доводять їх не право на ці пільги.

Г. Курортно-санітарна допомога військовослужбовцям та членам їхніх родин.

9. Військовослужбовці кадрового, рядового та начальницького складу (крім довготермінових відпускних) користують з курортно-санітарного лікування по відповідних установах Наркомздоров'я (Укркурупра) за цінами 1-ої категорії, що встановлено для застрахованих робітників фізичної праці.

10. Члени родини військовослужбовців кадрового та начальницького складу (крім молодшого термінової служби), а також члени родини військовослужбовців кадрового рядового складу понадтермінової служби, користуються курортно-санаторним лікуванням по відповідних установах Наркомздоров'я (Укркурупра) за цінами 2-ої категорії, що встановлено для членів родин застрахованих робітників.

11. Оплата за курортно санаторне лікування військовослужбовців та їхніх родин по вільних санаторіях, і курортах переводиться або з коштів, що їх відпускається за кошторисом НКВМ, або з власних коштів військовослужбовців, як загальне правило, за колективними заявками через військові санітарні організації або установи; в останньому випадкові припускається розстрочка нарівні з активно застрахованими робітниками.

12. Військослужбовці та члени їхніх родин, що потрібують курортно-санаторного лікування та бажають дістати його по відповідних установах Наркомздоров'я на зазначених вище умовах (арт. 9 і 10 за власні кошти) підлягають огляду на загальних підставах у найближчій цивільній або військовій курортно-санаторной відбірній комісії.

13. Відбирання та відрядження військслужбовців і членів їхніх родин до цивільних санаторій та курортів за кошти, що відпускаються за кошторисом НКВенмору, проводиться через курортно-санаторні відборочні комісії УВО.

14. Виданням цієї інструкції касується наказ НКОЗ № 11 від 25 березня 1927 р. про медсанобслуговування військслужбовців та членів їхніх родин (бюл. НКОЗ 1927 р. № 6)

Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР Канторовіч.

м. Харків, 8 березня 1931 р.

102. Про ощадне витрачання хініну

До всіх райвиконкомів (РЗІ) і міськрад (секцій охорони здоров'я), сан бак. інститутів, до протозойного інституту, медсануправи Південних і Донецьк. залізниць, малярстанцій та малярпунктів

Зважаючи на обмежену кількість хініну та ураховуючи стабілізацію малярії, НКОЗ рішуче забороняє вживати хініну на будьякі інші мети, крім лікування малярії. За виконанням цієї директиви пропонується пильно простежити райздоровінспекторам через відповідні фармацевтичні та санітарні органи. Водночас НКОЗ пропонує, як профілактику, вживати виключно лікувально-профілактичної хінізації, додержуючись термінів, що їх зазначив НКОЗ. Суто профілактичної хінізації, без лікувальної мети, треба уникати й провадити її тільки за окремою згодою з епідгрупою НКОЗ. Щодо лікувально-профілактичної хінізації (профілактики рецидивів) та лікування, то їх треба провадити за такими вказівками:

1. Терміни лікувально-профілактичної хінізації встановлюються на місцях залежно від кліматичних обставин:

А. По промислових районах—від початку травня до кінця червня.

Б. По сільських районах—від кінця квітня до другої половини червня (засівна кампанія) і від другої половини липня до кінця серпня (жнива).

Примітка: У вогнищах тропічної малярії, як у промислових, так й сільських районах треба провадити додаткову хінізацію на період другої половини липня до жовтня місяця.

2. Лікувально-профілактичній хінізації підлягають особи, що хворіли на малярію 1930 р. та хворіють 1931 р.

Провадячи хінізацію, треба додержуватись витриманої клясової лінії та професійних ознак:

А. У промислових районах хінізувати робітників особливо важливих фахів у виробничому відношенні, переважно важкої індустрії, а інші групи населення, що хворіли на малярію,—в разі місцевість дуже вражена на малярію.

Б. У сільських районах хінізувати трактористів, колгоспників, ударників, робітників радгоспів, комун та інших колгоспників а решту (з тих, що хворіли) — тільки в разі місцевість дуже вражена на малярію.

3. Запроваджуючи лікувальну хінізацію, треба застосовувати методу підшкірних ін'єкцій хініну, щоб дістати найбільшого ефекту.

4. Водночас НКОЗ пропонує зміцнити боротьбу з комариним фактором, так грабаковій стадії, як і з дорослими комарями.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Кер. епідгрупи **Пижов**

(Об. розп. НКОЗ № 32010 з 29 квітня 1931 р.).

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я — **М. Кустелян**
17 квітня 1931 р.

103. Устава

про шкірно-венеричний відділ у системі єдиного диспансера

1. Шкірно-венеричний відділ є обов'язкова частина єдиного диспансера, що за єдиним пляном та методами працює зі всіма відділами єдиного диспансера.

Увага: Шкірно-венеричний відділ територіяльно можна також відокремити від єдиного диспансера.

Шкірно-венеричний відділ єдиного диспансера має за завдання:

а) керувати всією противенеричною боротьбою в районі;

б) надавати спеціяльну меддопомогу хворим на венеричні та шкіряні хвороби;

в) виявляти вогнища та ліквідувати їх;

г) вивчати захорувальність населення свого району на шкіряні та венерічні хороби й шляхи їхнього розповсюдження та розгортати широкі профілактичні заходи серед населення:

д) брати участь у боротьбі з вензахворуваннями серед вагітних жінок, матерів та дітей;

є) брати участь у диспансеризації окремих груп робітників, що їх встановлюється за єдиним пляном диспансера, а також інших організованих груп населення (шкільного дитинства тощо);

ж) організовувати громадськість навколо противенеричної боротьби — через секцію соцхороб КОПП'у й здоровоосередки та брати участь у радах боротьби з вензахоруваннями, проституцією;

з) запроваджувати громадські кампанії спільно з громадактивом;

і) провадити широку саносвітню роботу за єдиним пляном диспансера;

к) повідомляти відповідні венустанови інших районів про робітників, що в них виявлено вензахворування підчас активної диспансеризації;

3. До складу розгорненого шкірно-венеричного відділу єдиного диспансера належать такі відділки:

А. Венвідділок з кабінетами: сифілітичний чоловічий, сифілітичний жіночий, сечеполовий чоловічий, сечеполовий жіночий, сифілітичний дитячий та сечеполовий дитячий.

Б. Шкіряний відділок з двома кабінетами: для дорослих та дітей,

4. В єдиному диспансері до складу шкірно-венеричного відділу другого типу належать кабінети: шкірно-сифілітичний для дорослих, сечеполовий чоловічий, сечеполовий жіночий, шкіряновенеричний дитячий.

5. В єдиному диспансері до складу шкірно-венеричного відділу третього типу належать 2 кабінети: 1) шкірно-сифілітичний та сечеполовий й 2) шкіро-сифілітичний та сечеполовий жіночий.

Увага: В єдиному диспансері в шкірно-венеричному відділі третього типу встановлюється відокремлені години прийому дітей.

6. Шкірно-венеричний відділ у своїй роботі щільно зв'язується зі всіма відділами єдиного диспансера, зокрема з терапевтичним, нервових хвороб, відділом ОХМ, ОЗН*) та ОЗДП, з пологовими відділами лікарень та пологобудинками, будинками матери та дитини, зі шкірно-венеричними відділами лікарень та гігієнічною консультацією.

7. У відділках ОХМ, ОЗН та ОЗДП лікарі шкірно венеричного відділу провадять консультаційну роботу в спеціяльні відокремлені дні та години.

8. Шкірно-венеричний відділ провадить свою роботу, органічно пов'язуючись з лябораторією клінічною та бактеріологічною, рентген-відділом, фізіо-терапевтичним, дільничими лікарями — диспансеризаторами та інш. спеціяльними кабінетами.

9. Шкірно-венеричний відділ, в разі він є на одній території зі всім єдиним диспансером, користується загальною картотекою та єдиною реєстратурою останнього. Якщо відділ розташовано в територіяльно-відокремленому приміщенні відділ має тоді свою окрему реєстратуру, яка зв'язується з загальною реєстратурою єдиного диспансера через „поворотні" повідомлення.

10. За допоміжні установи для шкірно-венеричного відділу єдиного диспансера правлять: 1) трудпрофілякторії, 2) нічні профілактичні пункти першої противенеричної допомоги, 3) шкірновенеричні стаціонари при шкірно-венеричних відділах єдиного диспансера, 4) шкірно-венеричні стаціонари при лікарнях, 5) фавозні станції.

Шкірно-венеричний відділ керує цих установ; їхні лікарі входять до складу лікарів шкірно-венеричного відділу (крім лікарів лікарень та фавозних станцій).

11. При шкірно-венеричному відділі існує постійно лікарська нарада зі всіх лікарів району, що працюють в цій галузі, в тому числі й лікарі допоміжних установ.

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я **М. Кустелян**
16 квітня 1931 року

104. Устава

про тубвідділ в системі єдиного диспансера

1. Тубвідділ є обов'язкова частина єдиного диспансера, що за єдиним пляном та методами працює зі всіма відділами єдиного диспансера.

Увага: Тубвідділ територіяльно можна також відокремлювати від єдиного диспансера.

2. Тубвідділ єдиного диспансера має за завдання:

а) керувати всією протитуберкульозною боротьбою на терені району;

б) надавати спеціяльну меддопомогу тубхворим;

в) виявляти тубвогнища в районі та оздоровляти їх;

*) Охорона здоров'я немовлят. Ред.

г) вивчати серед робітників підприємств та серед населення району захоруваність на туберкульозу, вивчати шляхи її розповсюдження; розгортати широкі протитуберкульозні заходи, зокрема серед дитячого населення;

д) відбирати за медичними та соціяльними ознаками (через Копіп) хворих до санаторій, курортів та різних допоміжних установ;

є) брати участь в диспансеризації окремих груп робітників та інших організованих груп населення (зокрема дитинства) за єдиним пляном диспансера;

ж) організувати громадськість навколо протитуберкульозної боротьби — через тубсекцію Копіп'у та здоровосередки, беручи участь в роботі тубрад;

з) запроваджувати громадські кампанії з громадським активом у районі диспансера;

і) провадити широку саносвітню роботу за єдиним пляном диспансера;

к) повідомляти відповідальні тубустанови інших районів про робітників, що в них виявлено туберкульозу підчас активної диспансеризації.

3. До складу тубвідділу єдиного диспансера належать кабінети: один для прийому дорослих та один для прийому дітей.

4. Тубвідділ у своїй роботі щільно пов'язується зі всіма відділами єдиного диспансера, зокрема ОХМ та ОЗДП, та терапевтичним, хірургичним, ляринголоґічним та інш. і з гігієнічною консультацією.

5. Тубвідділ провадить свою роботу, органічно зв'язуючись з лябораторією клінічною та бактеріологічною, рентген-відділом, фізіо-терапевтичним, дільничими лікарями—диспансеризаторами та із спеціяльними кабінетами.

6. На лікарів тубвідділу поширюється принцип дільничности, себто район єдиного диспансера розподіляються на 2-3 підрайони; кожний з яких обслуговує лікарь фтизіятр.

7. Тубвідділ є закритий відділ, себто до лікаря-фтизіятра на первісний прийом хорий може поступити лише за призначенням якого-небудь кабінету.

8. Тубвідділ, у разі перебуває на одній території з єдиним диспансером, користує з загальної картотеки та єдиної реєстратури останнього. У разі відділ розташовано в територіяльно відокремленому приміщенні, він має свою окрему реєстратуру, яка зв'язується із загальною реєстратурою єдиного диспансера через „поворотні" повідомлення.

9. За допоміжні установи для тубвідділу єдиного диспансера правлять: 1) нічні санаторії для дорослих та дітей; 2) денні дитячі санаторії; 3) санаторії закритого типу для дорослих та дітей; 4) дитмайданчики; 5) дієтїдальні 6) солярії (спрощені санаторії) для лікування хворих на кісткову туберкульозу; 7) стаціонари при тубвідділі єдиного диспансера; 8) лікарняні тубвідділки.

Тубвідділ керує роботою цих установ; їхні лікарі входять до складу лікарів тубвідділу єдиного диспансера (крім лікарів лікарень).

10. При тубвідділі постійно існує лікарська нарада зі всіх лікарів району, що працюють в цій галузі ,в тому числі й лікарі допоміжних установ.

105. УМОВА *)

Між НКОЗ УСРР, ЦК УЧХ та Трактороцентром про медсанобслуговування районів підчас польових робіт 1931 року.

Наркомздоров'я зобов'язується:

1. Утворити при кожній МТС пункти першої допомоги на час польових робіт.

Увага: Крім зазначених медпунктів, місцеві органи охорони здоров'я спільно з МТС організують низку додаткових пунктів першої допомоги на території колгоспів, що їх обслуговує МТС, в місцях, де в цьому буде потрба—за рахунок притягнення коштів самих колгоспів,

2. Забезпечити аптечками пункти першої допомоги, що їх утворено коштом органів охорони здоров'я.

Увага: Пункти першої допомоги що їх організовано коштом колгоспів, забезпечуються аптечками та перев'язочними засобами теж коштом колгоспів.

3. Утворити ясла при МТС за наявности 200 жінок, забезпечивши їх меддоглядом, медикаментами та інструктажем.

Увага: Сезонні ясла відкриваються по колгоспах, що їх обслуговують МТС, на підставі загальних чинних показників.

4. Забезпечити меддопомогою робітників МТС та колгоспників по всіх існуючих лікустановах, встановивши контролю над переведенням в життя першочерговости їх прийому.

5. Забезпечити систематичний сандогляд гуртожитків, ясел, громадського харчування, водопостачання в районі МТС.

6. Перевести підготовку санітарного активу та ясельних робітників для МТС.

*) Надруковано ввесь текст умови за винятком звичайних послань на відповідні п. п. урядових постанов що на їхній підставі складено договір.

Тракторцентр зобов'язується:

1. Забезпечити пункти першої допомоги встаткованим помешканням, технічною допомогою та транспортом для перевозки хворих, пересунення пунктів першої допомоги та ясел і службових роз'їздів медперсоналу.

2. Активно сприяти організації притягнення коштів колгоспів на часткову оплату медбригад (добові) та на організацію додаткових пунктів першої допомоги та ясел.

3. Забезпечити ясла, притягнувши кошти колгоспів помешканням, частковим устаткуванням, технічним персоналом (няньки, куховарки, пралі) та організувати безкоштовне постачання ясел продуктами харчування колгоспного виробництва.

4. Брати участь разом із органами здоров'я та УЧХ в організації санітарного активу та ясельних робітників (сприяти наданню помешкань та справі забезпечення курсантів харчуванням від колгоспів).

5. Забезпечити переведення санітарно-оздоровних заходів на польових роботах, забезпечити по можливості працюючих на полі житлом (вагончики, палатки), відповідним устаткуванням, громадським харчуванням з окремим посудом для їжі на кожного робітника та доброякісною водою для пиття.

6. Забезпечити надання житла для медробітників, що прикріплюються до районів МТС на час польових робіт та сприяти організації харчування для цих робітників.

7. Виявляти та доводити до відома вищих інстанцій охорони здоров'я про всі порушення медустановами постанови про першочерговість прийому в них сільгоспробітників та колгоспників.

8. Всіма засобами сприяти переведенню в життя санмінімуму на польових роботах згідно із вказівками органів здоровоохорони.

9. Стежити за виконанням МТС чинної умови, притягуючи винних в порушенні до відповідальности.

УЧХ зобов'язується:

На підтвердження своєї умови є укрфілією Трактороцентру:

1. У районі всіх МТС утворити гуртки першої допомоги.
2. У районах МТС утворювати санітарні загони, ясла, де вони потрібні й пункти першої допомоги за загальними показниками.
3. Через райкоми УЧХ сприяти переведенню санмінімуму,
4. Організувати при МТС санітарні курси для колгоспниць.

Увага: на підставі цієї згоди місцеві органи здоровоохорони та УЧХ складають локальні умови з окремими МТС.

Заст. Народнього Комісара Охорони Здоров'я УСРР **Кустелян**

Заст. Уповноваженого Трактороцентру **Кулішенко**

За голову ЦК УЧХ **Затон**

106. УМОВА

між Наркомздоров'я УСРР та Укрліспромом на медсанобслуговування ліспромгоспів

1. Протягом окремого кварталу 1930 року та в 1931 році треба забезпечити всі ліспромгоспи, що є в складі Укрліспрому, мед.-санітарними та лікувально-профілактичними установами, зазначеними нижче, а саме:

а) у кожному ліспромгоспі, або лісництві з кількістю постійних робітників не менш, як 500, та якщо вони віддалені від найближчої амбулаторії не менш, як 5 клм. — організується постійна амбулаторія та при ній стаціонар на 5 ліжок: три ліжка для тимчасового перебування хворого до відрядження його до відповідної лікарні та 2 ліжка пологових;

б) у кожному ліспромгоспі або лісництві з кількістю постійних робітників не менш, як 500, та якщо вони віддалені від найближчої амбулаторії менш, як 5 клм., — організується постійний медпункт першої допомоги. Такий самий постійний медпункт першої допомоги організується і за меншої, як 500, кількости постійних робітників, якщо ліспромгосп або лісництво віддалені від найближчої амбулаторії більше, як за 5 клм. та мають не менш 100 постійних робочих;

в) у кожному ліспромгоспові або лісництві з пересічною щоденною кількістю сезонних робітників не менш, як 1000,-на час лісових робіт організується сезонна амбулаторія і при ній стаціонар на 5 ліжок та ізолятор;

г) у кожному ліспромгоспові або лісництві з пересічною щоденною кількістю сезонних робітників від 500 до 1000, якщо немає амбулаторії, — на час лісових робіт організується

сезонний медпункт першої допомоги. Такий самий сезонний медпункт першої допомоги організується і за меншої, як 500, кількости сезонних робітників, якщо ліспромгосп або лісництво віддалені від найближчої лікустанови більше, як на 5 клм., та мають не менш, як 100 робітників, постійних та сезонних разом;

д) для обслуговування окремих груп лісових робітників, що підчас роботи віддалені від своєї лікувальної бази (лісорозробні партії) роздаються набори першої допомоги спеціяльно призначеним та обученим у найближчій лікустанові особам, а де це можливо, — і спеціяльному персоналу;

е) у кожному ліспромгоспові або лісництві з кількістю постійних робітниць та дружин робітників не менш як 500, — організуються постійні ясла. Сезонні ясла організуються в ліспромоспові за наявности не менш 20 дітей до 4 річного віку у робітників ліспромгоспу, постійних та сезонних;

ж) для обслуговування дітей та матерів у ліспромгоспах з кількістю не менш, як 500 постійних робітників, — до штату лікустанови ліспромгоспу додається лікар охорони дитинства та материнства;

з) у лісгоспромові, з кількістю постійних робітників не менш, як 200, або сезонних не менш, як 500, — утворюється дезінфекційна камера (стаціонарна або пересувна).

2) Якщо на території ліспромгоспу або не дальше, як на 5 клм. від нього існують лікувально-профілактичні установи РВК, обслуговування ліспромгоспу може бути покладено на них, але вони відповідно поширюються та посилюються так медперсоналом, як і медінвентарем, медикаментами тощо.

3. Ліжкова допомога всім робітникам та членам родин постійних робітників (шпиталізація хворих) тих ліспромгоспів, де лікарні немає, або вона недостатня, — надається в найближчій лікарні, для чого вона відповідно поширюється.

4. У разі неможливости на місці надавати відповідну лікувальну допомогу хворим робітникам ліспромгоспів або членам їх родин — вони відряджуються до належних лікустанов.

5. У тих ліспромгоспах Укрліспрому, де немає пологових ліжок, акушерська допомога надається від роз'їзних акушерських пунктів, що організуються під доглядом відповідного лікаря при центральних розташованих ліспромгоспах.

6. По всіх ліспромгоспах встановлюється постійний санітарний догляд через регулярні виїзди санітарного лікаря району, який має звертати особливу увагу на житлово-побутові умови, харчування, водопостачання, лазні, пральні, попередження пошесних хвороб та боротьбу з ними.

7. Укрліспром — зобов'язується:

а) надати для всіх зазначених в цій умові медустанов, а також для житла мед. і техперсоналу, що їх обслуговує, достатньо пристосовані та відремонтовані приміщення в районі відповідних лісгоспів або лісництва.

Увага: Для належного здійснення цього зобов'язання. Укрліспром негайно розпочинає капітальний ремонт та пристосування приміщень для зазначених установ і персоналу, а в тих ліспромгоспах, де здатних для того приміщень немає, а також у всіх нових ліспромгоспах — приступає до будівництва належних приміщень за плянами, погодженими з відповідними місцевими органами Наркомздоров'я. Погоджені з місцевими органами НКОЗ та НКПраці приміщення можуть бути пересувного або тимчасового типу (розбірні бараки, пересувні загони тощо).

б) улаштувати всі згадані приміщення так для зазначених установ, які і для житла медперсоналу твердим реманентом та забезпечувати їх біжучим реманентом, опаленням освітленням, водопостачанням та іншими комунальними послугами;

в) забезпечити зазначені в арт. I цієї умови медустанови транспортом для службових розїздів медперсоналу та для відрядження хворих робітників ліспромгоспів і членів їхніх родин (див § 3) до відповідних лікарень тощо;

г) забезпечити в усіх ліспромгоспах робітників лазнями та пральнями за вказівками місцевого сандогляду;

д) мати в усіх ліспромгоспах відповідний запас вапни та дезінфекційних речовин за вказівками місцевого садогляду;

е) в малярійних районах придбати хінін для профілактичної хінізації робітників та провадити нафтування сумнівних водоймищ за вказівками сандогляду.

8 На Наркомздоров'я покладається:

а) забезпечити зазначені в арт. I цієї умови установи медперсоналом:

б) постачати їм м'який реманент, інструментарій, ліки, перев'язувальний матеріял тощо;

в) постачати всім ліспромгоспам Укрліспрому (див. вище арт. 1. літ. „д") аптечки швидкої допомоги й достатньою кількістю індивідуальних пакетів.

Увага Наведені в цьому арт. заходи здійснюються за кошторисами Наркомздоров'я та його місцевих органів.

9. Конкретні пляни обслуговування на підставі цієї умови кожного окремого ліспромгоспу складаються на місцях відповідними місцевими органами НКОЗ та дирекцією даного ліспромгоспу за участю представників: профспілки Медсанпраці, профспілки лісових робітників та страхкаси.

Наркомздоров'я УСРР **Канторович**

Уповноважений Укрліспрому **Тютюнник**

ОХМАТДИТ ТА ОЗДП

107. Про медобслуговування сезонних ясел

(*Розіслано 7 березня 1931 р.*)

До всіх райвиконкомів (РЗі); копія до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового.

Мережу сезонових літніх ясел цього року буде широко розгорнено. За орієнтовним пляном НКОЗ ця кількість становитиме по Україні не менш, як 10000 ясел;

Отже тепер треба подбати про те, щоб пляново та регулярно забезпечувати цю досить значну мережу та значну кількість організованих дітей медично-санітарним доглядом.

Санітарний мінімум, що його опрацював НКОЗ, передбачає обов'язковий догляд лікарям всіх дітей та персоналу, що їх приймають до ясел, а також не менше, як дворазове відвідування самої установи медсанробітниками.

Тому Наркомздоров'я пропонує вже тепер, орієнтуючись на плян розгорнення мережі в свойому районі розподілити всю кількість дитячих установ між всіма робітниками району, прикріпити окремих робітників до певної кількости дитячих ясел для плянового та регулярного обслуговування та покласти на них відповідальність за медично-санітарний догляд.

Досвід минулого року довів, що саме галузі медобслуговування ясел райони не приділили досить уваги і тому по деяких місцях через недостатність медсандогляду були інфекційні захорування в яслах і не вжито було належних заходів для своєчасної ліквідації захорувань.

Одночасно з переведенням плянового догляду так санітарного стану самої установи, як і здоров'я дітей — треба використати велику кількість організованого дитинства, щоб перевести широкі профілактичні заходи, а саме в першу чергу перевірити, чи всіх дітей щеплено проти віспи і перевести віспощеплення цього тим дітям, яким зроблено не було.

Перебування дітей в сезонових яслах треба також використати для переведення всім дітям активної імунізації проти обкладу, згідно з законодавством.

На організацію цих широких протиепідемічних заходів та здійснення їх всією медсанорганізацією району треба звернути велику увагу та обов'язково перевести в життя.

Заст. Наркомздоров'я – керівник Медсансектора. **Кустелян**

За керівника групи охматдит **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ 16-340-88 з 7 березня 1931 р

208. Про розгортання ясельної мережі та про постачання ясельних установ

До всіх секцій охорони здоров'я, райздоровінспекторів. Копія—до НКОЗ АМСР та Уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового.

Група охматдиту Наркомздоров'я просить терміново надіслати такі відомості; яку мережу ясел розгорнуто підчас весняної сівби, зазначивши, де саме буде розгорнуто ясла так на час весняної сівби, як і кампанії жнив, окремо по комунах, артілях, соз'ах та інш, радгоспах, цукрових, зернових, з зазначенням охоплення ними дітей та вказівками - яку кількість ясел та де саме буде залишено постійно.

Через те, що ці відомості потрібні дуже терміново, просимо відповісти, не затримуючи.

Одночасно просимо повідомити, як задовольняють райспо Ваші потреби щодо забезпечення мережі так ясельної, як і оздоровної кампанії в цілому. Вукопспілка надіслала місцям обіжника № 17(30419) 33 про те, щоб повнотою було забезпечено ці заходи,а також обіжника за № 124083 від 3 березня 1931 року.

Отже, Вам треба домагатися виконання райспо цих директив через відповідні організації району, зважаючи на те, що з централізованого фонду Вас буде забезпечено дуже незначною мірою.

Про стан постачання Вам послано обіжника за № 15 (825-10-96 з 14 березня 1931 р.

Про те, як розгортається сільсько-оздоровна мережа, треба щодекади подавати відомості до групи охматдиту.

За керів. групи охматдит **Федотова**

(Об. лист ОХМД з 2 квітня 1931 р.).

109. Про охорону здоров'я дітей на транспорті України

До всіх райздоровінспекторів. До всіх секцій охорони здоров'я До всіх рай та міськ. інсп. наросвіти, завшкіл. До всіх МСУ.

У зв'язку з ліквідацією відділів освіти на залізничному та водному транспорті й передачею закладів соцвиху до відповідних рай та міськ. інспектур наросвіти;у зв'язку з тим що обслуговування цих установ залишилося за відповідними медсанупрами, — на місцях виникають непорозуміння між лікарями ОЗД, райздоровінспекторами та В.Н.О. Щоб запобігти цим непорозумінням, надалі встановлюється такий порядок обсруговування.

1. Медсануправління відповідних залізниць, через своїх лікарів ОЗД, що обслуговують лише колишні транспортові заклади, як школи, дитячі садки, дитбудинки. інтернати, що перебувають так у смузі вивласнення, як і по за нею.

2. Решта шкіл, дитсадки де вчаться діти залізничників і водників, що їх не обслуговували раніш медсанупри, надалі також не обслуговуються, а це провадять на загальних підставах відповідні райздоровінспектори та секції охорони здоров'я.

3. Лікарі ОЗД — транспорту залишаються в віданні МСУ та під безпосереднім їхнім керівництвом і обслуговують лише школи, дитсадки, дитбудинки, інтернати, що закріплені за МСУ. Провадити які б то не було переміщення, розподіляти роботу, додатково навантажувати райздоровінспектори не можуть, Додаткові навантаження припускаються лише, якщо є згода МСУ.

4, Лікарі ОЗД транспорту є районові лікарі, обслуговують дитячі установи (школи) дитсадки, дитбудинки, інтернати так у місцях. де вони мешкають, як і на колії, ув'язуючи свою роботу з відповідними районними та міськими відділами наросвіти та відповідними районними, міськими здоровінспектурами, беруть участь в їхніх нарадах, конференціях лише в пунктах, де вони мешкають.

5. Медсанообслуговування дітей залізничників і водників поза школою здійснюють Медсанупри на загальних засадах меддопомоги транспортному населенню.

6. Диспансерне обслідування диспансери ОЗДП та дитфілії поліклінік транспорту провадять у закріплених школах всіх школярів виборочних груп, що підлягають диспансеризації. але диспансерному обслуговуванню підлягають лише діти залізничників та водників; шодо решти дітей, то їх передають для диспансерного обслуговування до відповідних територіяльних диспансерів.

7. Лікарі ОЗД, рай та міськздороввідділів, щоб забезпечити відповідне обслуговування дітей залізничників і водників по школах, що їх вони обслуговують, повинні ув'язати свої заходи щодо оздоровлення дітей з відповідними диспансерами ОЗДП, дитфіліями поліклінік медсанупрів та участковими лікарями (участкова оздоровна комісія),

8. Оздоровні дитячі заходи серед дітей залізничників та водників переводять і досі Медсанупри, незалежно від того, в якій школі вчаться діти, Гарячі сніданки надають лише в закріплених школах. При Медсанупрах існує міжвідомча оздоровна дитяча комісія, а по залізничних та водних вузлах, дільничні оздоровні дитячі комісії, тобто: підкомісії ОЗД КОПІП'ів транспортних поліклінік. Голова підкомісії ОЗД КОПІП'ів є відповідальна особа за здійснення оздоровних заходів у даному транспортному районі. Підкомісія ОЗДП КОПІП'ів — дільничні дитячі оздоровні комісії — провадять свою роботу через місцеві оздоровні дитячі комісії сприяння, що на виробництвах, Представник транспортної оздоровної комісії входить до складу районної і міської оздоровної комісії

9. Стаціонарні оздоровні дитячі заклади Медсануправ обслуговують лише дітей залізничників і водників: до тимчасових оздоровних закладів можна відряджувати також дітей й не залізничників за погодженням з відповідними рай-міськ здоровінспектурами,

10. Саногляд стану приміщень прикріплених закладів соцвиху залишається за Медсанупрами. Копії саноглядів та дефектних актів, лікарі ОЗД Медсанупрів подають безпосередньо до відповідних рай та міськ. інспектур наросвіти, щоб ужнвали вони заходів на усунення санітарних дефектів,

11. Справу профілактичних щепінь серед школярів дітей дитсадків та дитбудинків, в прикріплених закладах Медсанупри здійснюють за оперативним своїм пляном,

12, Всю розгорнену досі педологічну роботу по школах соцвиху, кол транспортовик треба провадити й надалі. У ній беруть активну, безпосередню участь завідателі шкіл та педколектив за пляном дорожніх педологічних кабінетів, диспансерів ОЗДП,

Заст. Наркома **Кустелян**

Нач, сектору транспорт. медицини **Хармандар'ян**

(Об. розп. НКОЗ з 28 березня 1931 р.).

110. Про заходи колективізації й оздоровлення дитячого побуту в системі кооперації інвалідів.

До всіх райздоровінспекторів. До всіх секцій охорони здоров'я міськрад. До всіх райкоопспілок та інстрахкас.

Копії: до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. *Волкового.*

За відомостями райкоопінспілок, деякі райвиконкоми та міськради вимагають від об'єднань системи кооперації інвалідів переказу їм відрахувань на колективізацію й оздоровлення дитячого побуту,

Зважаючи на те, що в системі кооперації інвалідів заходи оздоровлення дитячого побуту переводять каси страхування і взаємодопомоги членів кооперативів (інстрахкаси), НКОЗ зазначає, що встановлені постановою ВУЦВК'у й РНК з 5 березня 1930 р „ про заходи і колективізації дитячого побуту" райкоопінспілки та об'єднання кооперації інвалідів повинні передавати відрахування відповідним інстрахкасам для використання на оздоровлення побуту дітей осіб. що працюють у системі кооперації інвалідів.

Інстрахкаси на місцях погоджують свої пляни щодо заходів колективізації та оздоровлення дитячого побуту з місцевими органами охорони здоров'я та народньої освіти.

Райздоровінспектори та секції охорони здоров'я зобов'язуються допомогти інстрахкасам здійснити накреслені ними пляни організації дитячої оздоровної кампанії.

Там, де інстрахкаси не можуть утримувати власні дитячі установи, належить забезпечити інстрахкаси місцями в дитячих установах охорони здоров'я, відповідно до чинних у цій галузі постанов.

Заст. Наркомздоров'я **Нагорний**

За голову Вукоопінсоюз **Комаров**

(Спільний лист НКОЗ та Вукоопінсоюзу № 161—340—119 з 21 березня 1931 р.)

111. Про забезпечення аптек і консультацій протизачатковими засобами.

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад. До всіх райздоровінспекторів.

За відомостями НКОЗ, на місцях відчувається гострий брак протизачаткових засобів а в тім в центральному склепі та райфіліях ВАУ є велика кількість ґумових чоловічих презервативів та деяка кількість хемічних засобів, як контрацептин та преконсоль.

Отже, Наркомздоров'я пропонує подати негайно свої заяви на ці засоби до райфілії ВАУ та забезпечити всі аптеки, консультації охматдиту Вашого району гумовими презервативами та протизачатковими засобами.

Член Колегії Наркомздоров'я керівн. групи охматдиту: **Генкин**

(об. розп. НКОЗ ч. 16—342—12 з 23 квітня 1931 р.).

112. Про підсилення протиабортної роботи та про ліквідацію абортних комісій.

До всіх райздоровінспекторів і секцій охорони здоров'я міськрад. До уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового.

Копія: до НКОЗ АМСРР.

Збільшення кількости штучних абортів доводить, що протиабортну роботу провадять на місцях недосить; ця робота й досі ще не дає належного ефекту.

Наркомздоров'я пропонує приділити цій роботі належну увагу та вжити таких заходів:

1. Зобов'язати всіх лікарів лікувально-профілактичних закладів, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу жінкам вашого району або міста (амбуляторії, меддільниці, поліклініки, акуш. генекол. відділків лікарень, пологових будинків та абортаріїв) систематично провадити протиабортну роботу за певним пляном, що його складає кожна установа. Лікарям не треба обмежуватись лише роботою, що її провадить консультація охматдиту в цьому напрямкові.

2. Ширше популяризувати та розповсюджувати протизачаткові засоби не лише через консультацію охматдиту, але й через лікарів усіх закладів, зазначених в п. 1 цього обіжника, практикуючи рекомендацію, індивідуальний добір та вказівки до вживання контрацептивів.

3. Обов'язково налагодити відпуск протизачаткових засобів не лише з аптек, а й в самих консультаціях так за собівартістю, як і безплатно—коштом деяких відрахувань од абортних сум, що їх встановлює секція охорони здоров'я міськради або райздоровінспектор на місцях.

Практика існування по деяких містах України абортних комісій довела, що вони жодної протиабортної роботи майже не провадять та утворюють лише зайву тяганину, через що **Наркомздоров'я пропонує ліквідувати абортні комісії**, встановивши такий порядок:

1. Всі жінки, що абортують, незалежно від того, на яке ліжко вони вступають для аборту (безплатне, платне, уплатліківське, червонохрестівське та інш.) — повинні заздалегідь обов'язково проходити консультацію охматдиту, яка подає діягнозу вагітности, її терміну, наявности або відсутности медичних протипоказів для аборту та видає належну довідку, напрямлюючи жінку до відповідної лікарні.

2. Консультація провадить відповідну саносвітроботу щодо залишення даної вагітности та попередження небажаної вагітности в наступному.

3. У містах всі наявні абортні ліжка лікарень, секція охорони здоров'я або РЗІ розподіляє між консультаціями охматдиту.

4. Без довідки консультації жодна жінка в будьякий стаціонар для аборту не може вступити.

> У в а г а: У місцевостях, де немає консультацій охматдиту, жінки звертаються безпосередньо до лікарні.

5. Шкалу платности (розмір плати), яку спрацьовує секція охорони здоров'я міськради або райздоровінспектор та затверджує президія міськради або РВК'у — надсилають з відповідними вказівками всім лікарням, де є абортні ліжка.

На підставі відповідних довідок щодо соціяльного стану, складу сім'ї та її бюджету (чоловіка та дружини) лікарня встановлює, чи треба стягувати плату за аборт або ж провести його безплатно. Лікарня ж визначає і розмір плати.

6. Відповідальність за здійснення пляну протиабортної роботи в лікувальних закладах, за правильне, відповідно до шкали та данних здоровінспектурою вказівок стягання платні з абортуючих—покладається на завідателя (головлікаря) установи.

7. Порядок, що його встановлює цей обіжник, поширюється на всі акушерсько-гінекологічні лікувальні заклади незалежно від того, кому вони підпорядковані.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Керівн. групи охматдиту **Генкін**

(Об. розп. НКОЗ № 342-12-90)

113. Про ліквідацію будинків матери пролетарки.

До всіх райздоровінспекторів. До всіх секцій охорони здоров'я міськрад Копія—НКОЗ і АМСРР і до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового.

Ліквідація безробіття масове втягнення жінок до виробництва, як наслідок величезного зростання індустріялізації країни та широкої колективізації сільського господарства ставить цілком актуально питання про ліквідацію будинків матери-пролетарки.

НКОЗ пропонує ліквідацію провести так:

1) Негайно вжити конкретних заходів, щоби матері, які вже опанували певну кваліфікацію, були розміщені вже тепер по відповідних підприємствах, с. г. колективах або установа, щоб було забезпечено обслуговування їхніх дітей місцевими дитустановами (ясла, майданчики тощо).

2) Матерей, які ще не набули кваліфікації, терміново прикріпити до виробничих підприємств, с.-г. колективів (комун, артілей, созів), установ, курсів, щоб набули вони кваліфікації і роботи в цих організаціях.

Дітей цих жінок також забезпечити обслуговуванням з боку місцевих дитустанов.

3) Зважаючи на те, шо основний контингент жінок, що їх обслуговують будинки матери-пролетарки, є безпритульні, треба вжити всіх заходів, щоб надати їм житло, перетворивши будинок матери - пролетарки на тимчасовий гуртожиток і таким передати його до міських органів комунального господарства або житлоспілці.

4) У гуртожиткові (кол. буд. матери-пролетарки) продовжувати роботу щодо підвищення культурного рівня матерей, організуючи школи для ліквідування неписьменности, саносвітню роботу взагалі та щодо охорони здоров'я матерей та дітей правильного виховання дітей тощо.

5) Здійснення зазначених заходів треба розпочати зараз же, з тим, щоб протягом 1931 року поступово ліквідувати будинки матери-пролетарки та ліквідувавши, до кошторису органів охорони здоров'я 1932 року їх не включати.

6) Про наслідки роботи щодо ліквідації будинків матери-пролетарки, докладно сповістити охматдит НКОЗ не пізніш, як за 3 місяці до початку нового бюджетового року.

Наркомздоров'я **Канторович**

(Об. розп. НКОЗ на підставі постанови колегії з 27 лютого 1931 року).

114. Про медогляд вступників до шкіл ФАУ.

(розіслано 26 березня 1931 р.).

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я). До всіх райвиконкомів (райздоровінспекторів). До НХОЦ АМСРР. Уповноваженому НКОЗ в Одесі тов. Волковому.

Додаючи до цього копію обіжного листа сектора кадрів ВРНГ СРСР з 24 лютого 1931 р. № 145-1017, Наркомздоров'я вдруге нагадує, про обов'язкови й медогляд тих, що вступають до ФЗУ та ШУМП. Інспектор охорони здоров'я відповідає за комплектування ФЗУ та ШУМП.

Райздоровінспектор повинен мати постійний звязок з інспектором праці та з великими підприємствами, що комплектують ФЗУ та ШУМП, щоб своєчасно організувати роботу щодо попереднього медогляду, а також щоб забезпечити підлітків, що вступають на виробництво, диспансеризацією. Диспансеризацію підлітків повинні провадити єдині диспансери, або дитполіклиники.

Член колегії Наркомздоров'я **Генкін**

(Лист НКОЗ ч. 16—34 з 26 березня 1931 р.).

Копія.

Циркулярное письмо ответственным в объединениях по набору в школы ФЗУ.

Копия: НКТ СССР и НКПросам и НКЗ республик.

Дорогие товарищи!

По материалам. с мест и печати видно, что есть дефекты по линии профотбора и медосвидетельствования, а потому ВСНХ СССР вторично подтверждает: 1) о запрещении приема в ФЗУ и ШУМП подростков без предварительного профконсультационного заключения или, в крайнем случае, без предварительного медосведетельствования (для слепых и глухонемых то и другое обязательно); 2) повторное обследование допускается в отдельных случаях, но с обязательным использованием всех материалов предыдущего обследования; 3) при переходе из школ соцвоса, ФЗС и др.—передавать в шк. ФЗУ все материалы профконсультационного обследования и заключения (краткая выписка из санжурнала, психотехнический профиль и т. д.).

Пом. начальника сектора кадров ВСНХ СССР **Бороздин**

(Лист ВРНГ СРСР № 145-1017).

115. Про підготову робітників для оздоровних закладів.

(*Окремо не надіслано*).

До всіх міськрад (секцій охорони здоров'я, секцій наросвіти) до всіх РВК'ів, (РЗІ, інспекторів наросвіти) до всіх міських та районних комітетів ЛКСМУ.

Копія — до НКОЗ АМСРР, уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового, МСУ Тракторобуду й Дніпрельстану.

Щоб краще забезпечити підготовленими робітниками мережу літніх оздоровних закладів 1931 року, Наркомздоров'я, Наркомосвіти разом з ЦБ КДР пропонують Вам негайно зорганізувати курси для підготовки потрібної для оздоровних установ В-району кількости робітників за програмою, що до цього додається.

Кошти на організацію курсів треба асиґнувати з фонду оздоровної кампанії, що збираються на місцях від батьківських та громадських організацій.

ЦК КДР **Тюєва** Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Заст, Наркомосвіти — **Канцелярський**

(Спільний лист ЦК КДР, НКОЗ та НКО 16/34511/177 з 25/IV-31 р.).

А. ПЛЯН.

організації курсів для робітників виділених комітетами ЛКСМУ для праці в літніх оздоровних закладах.

1. У містах та районових центрах організуються тимчасові одномісячні вечірні курси (розраховані на 48 год. теорет. та 24 практичн.), що мають на меті підготовити керівників та вихователів дитячих груп масових літніх оздоровних закладів.
2. Для робітників сільмережі організується 5-денний семінар за відповідно зменшеною програмою (30 годин теоретичних та 10 практичних).
3. Завідателів і викладачів курсів призначають райздоровінспектори спільно з інспектором наросвіти та комітетом ЛКСМУ.
4. Курси комплектує місцевий комітет ЛКСМУ з активних політично витриманих комсомольців (бажано з т. т., що знаються на дитроботі, наприклад піонерватажків).
5. Кошти для запровадження курсів та семінару асиґнують з фонду оздоровної кампанії.

УЧБОВИЙ ПЛЯН КУРСІВ ДЛЯ РОБІТНИКІВ МІСЬКИХ ЛІТНІХ ОЗДОРОВНИХ ЗАКЛАДІВ

1. Соціялістичне будівництво та завдання культурної революції—6 год.

а) загальні завдання 3-го вирішального
б) ліквідація неписьменности
в) загальне навчання
г) політехнізація школи

Література: 1. Вирішення XVI з'їзду та останніх пленумів ЦК ВКП (б).
2. Промова т. Сталіна на з'їзді господарників.
3. Промова т. Скрипника на XII з'їзді рад УСРР.
4. Матеріяли Всеукраїнськрго з'їзду в справах політехнізації.

2. Комдитрух в системі ком. виховання;

Література: 1) Ухвали VII наради комдитруху УСРР.
2) IX з'їзд ВЛКСМ (доповідь т. Саверянової).
3) Умова на соцзмагання Москви—Ленінграду—України 4 год.

3. Основні принципи Радянської здоровоохорони та чергові завдання щодо оздоровлення дит. праці та побуту.

1) Постанова ЦК ВКП з 19-XII—28 р.
„ ЦК КП (б) У від 15-III—30 р.
„ з'їзду охорони здоров'я в Москві 1930 р. 4 год.
Єдиний диспансер—Кац
„ „ Ліберман.

4. Основи марксівської педагогіки . 6 год.
5. Поведінка дитини шкільного віку . 6 год.
6. Типологія оздоровних установ та зміст роботи
 а) оздоровні майданчики . 2 год.
 б) оздоровні колонії — табори . 2 год.

Організація громадсько-корисної роботи та громадсько-політичної роботи в оздоровних установах.

Робота піонерорганізацій в оздоровних установах.

" " щодо оздоровлення соціялістичного сектора села та підприємств. 2 год.

7. Медико-санітарна робота в оздоровних установах:
 Режим дня 2 год.
 Харчування 2 год.
 Використання природніх умов даного району як оздоровних факторів . 2 год.
 Спорт та фізкультура в літніх оздоровних установах 2 год.
 Гігієна особиста, житлова тощо 4 год.
 Профілактика інфекційних хвороб 2 год.
 Перша допомога в нещасливих випадках 2 год.
 Документація та облік роботи (додаткова для керівників установ) . . . 4 год.

Практичні роботи:

1. Ранішня фізкультурна зарядка [1]) . 6 год.
2. Рухливі гри та спорт . 12 год.
3. Знайомство з постійними оздоровними установами 6 год.
 а) Санаторії денні та нічні постійні.
 б) Шкільна санатарна установка (за наявности їх в районі)
4. Документація та облік (додатково для керівників) 4 год.

115-а. Про посилення роботи щодо проведення оздоровних заходів серед дітей

До всіх райздоровінспекторів, райінспекторів наросвіти, голів секцій охорони здоров'я і голів секцій наросвіти.

Копія—до НКОЗ АМСРР до уповноваженого НКОЗ в Одесі—тов. Волкового, до медсанупру Дніпрельстану, медсанупру тракторобуду.

За відомостями, що є в Наркмздоров'я та в НКОсвіти, по дуже багатьох місцях роботу щодо переведення оздоровних заходів серед дітей дошкільного віку здіснюється дуже кволо.

Не зважаючи на те, що постановою ВУЦВК'у оздоровний місячник має своїм завданням на 50% зібраних коштів забезпечити переведення заходів саме для дітей дошкільного віку, інспектури Наросвіти, як правило, приділяють недосить уваги цьому питанню та всю роботу по оздоровленню дітей всякого віку цілком покладають на інспектури охорони здоров'я.

НКОсвіта та НКОЗ звертають знов вашу увагу на потребу на місцях забезпечити переведення оздоровних заходів для дітей таким чином: оздоровні заходи серед дітей немовлят та до 4-х років і дітей шкільного віку переводять органи охорони здоров'я; оздоровні заходи для дітей дошкільного віку, а саме, перевід роботи дитсадків на літню роботу, вивіз дитсадків в дачні місцевості, організація дошкільних майданчиків і т. інш. покладається на органи Наросвіти.

Тому, звертаючи Вашу увагу на потребу якнайширше цього року розгорнути мережу оздоровних заходів для всіх дітей, Наркомздоров'я та Наркомосвіти просять всю роботу щодо організації заходів та закладів на час переведення озоорованої кампанії серед дітей зосередити в міжвідомчих оздоротних комісіях, а також якомога ширше притягти до цієї справи громадські організації та батьківські кошти.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Заст. Наркомосвіти **Кузьменко**

(Об. розп. НКОЗ та НКО, 16 травня 1931 р. ч. 16. 341 — 16).

[1]) Ранішню фізкультурну зарядку в оздоровних установах переводитимуть самі робітники і в разі неможливости запросити інструкторів з фізкультури.

115-б. Про постачання продуктів на забезпечення оздоровних кампанії та яслам

(*Розіслано 25 квітня 1931 р.*)

До голів міськрад, голів райвиконкомів, всіх райсоюзів, робкоопів та Утранспосекції, Наркомздоров'я УСРР

Для забезпечення оздоровної та ясельної кампанії харчпродуктами так по лінії союзних, як і українських фондів, вилучається певна кількість продуктів, яку всю цілком передано споживкооперації, але ця кількість далеко не задовольняє тих потреб, яких вимагає оздоровна та ясельна кампанія, що має розгорнутися цього року.

Виходячи з наведеного, пропонується всім райсоюзам, робкоопам та Утранспосекції максимально забезпечити на місцях оздоровні заходи та дитячі ясла з тим, щоб відпустити також продукти для дит. ясел та оздоровних заходів коштом В/загальних та місцевих ресурсів.

Заст. Наркомпостачання УСРР **Сапов**

Заст. Голови Правління Вукоспілки **Бляхер**

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПРАЦІ Й ПОБУТУ. САНОСВІТА

116. Про обслуговування робітників—будівельників.

До всіх райздоровінспекторів. До всіх секцій О. З. міськрад. До всіх робіткомів промислового та житлового комунального будівництва.

Копія до Наркомздоров'я АМСРР, до МСУ Тракторобуду та Дніпрельстану, до уповноваженого НКОЗ в Одесі тов, Волкового.

У зв'язку з наближенням будівельного сезону 1931 року НКОЗ і ВУК робітників промислового та житлово-комунального будівництва звертають увагу місцевих органів охорони здоров'я і всіх робіткомів промислового та житлово-комунального будівництва на потребу приділити особливу увагу на медсанобслуговування будівельників.

Величезні завдання будівництва, що їх за вимогою партії та уряду потрібно буде здійснити, значне зростання кількости робітників, що працюють на будівництві, вимагають крім низки інших моментів, ще й налагодженого, своєчасного та повного соціально-культурного обслуговування будівельників. Безперечно, що значну ролю відограє в цій справі також і правильно налагоджене медсанобслуговування. В тім за відомостями, що надходять з місць та за матеріялами обслідувань бригад, з'ясовується, що в цій справі ще не все гаразд та що багато є ще хиб в медсанобслуговуванні робітників-будівельників.

А тому НКОЗ та ВУК промислового та житлово-комунального будівництва пропонують:

1. По всіх будівництвах зі значним скупченням робітників. що (будівництва) віддалені більш, як на $^1/_2$ кілометр. від найближчих амбуляторій та медпунктів, зорганізувати пункти першої допомоги, добившись від господарчих органів, щоб було відкремлено відповідні для цього приміщення.
2. Забезпечити коштом господарчих органів на всіх будівництвах наявність санітарного транспорту для перевозки хворих до лікарняних установ.
3. Поставити перед господарчими органами категоричну вимогу додержуватись санітарного мінімуму, особливо в частині робітничих гуртожитків, їдалень, вбиралень тощо.
4. Звернути особливу увагу на санобробку знов прибулих робітників.
5. Домагатися від господарчих організацій, щоб на всіх великих будівництвах було влаштовано санізопропункти, лазні та пральні, а по невеликих—достатню кількість душів та мийок.
6. Домогтися по великих будівництвах, щоб відповідні господарчі організації виділили окремі гуртожитки для карантинізації знов прибулих робітників.
7. Забезпечити всі будівництва достатньою кількістю баків з питтьовою водою.
8. Систематично переводити 100% щеплення від черевного тифу всіх робітників будівництва.
9. Налагодити повний та систематичний санітарний догляд будівництв, притягаючи господарчі організації, що ухиляються виконувати санітарні вимоги, до судової відповідальности.
10. Забезпечити шпиталізацію хворих робітників, зокрема 100% шпиталізацію хворих на тифи, дизентерію та інші інфекції.

11. Домогтися від господарчих організацій асигнувань на протиепідемічні заходи, зокрема на придбання деззасобів, забезпечивши систематичне переведення дезінфекцій гуртожитків.

12. Забезпечити будівництво, де скупчена значна кількість жіночої робсили, яслами і дитмайданчиками; домогтися від господарчих органів, щоб вони виділили окремі приміщення та брали участь в утримуванні.

13. Забезпечити позачерговий прийом до лікустанов робітників, що звертаються безпосередньо з роботи по лікдопомогу.

14. Провадити серед будівельників систематичну саносвітню роботу, організовуючи лекції, доповіді, санкутки, санбази тощо.

15. Всім робіткомам спілки промислового та житлово-комунального будівництва сприяти місцевим органам здоровоохорони в переведенні ними вищезазначеної роботи, допомагаючи їм одержувати від господарчих органів відповідні асигнування.

16. Роботу в справах охорони здоров'я робіткоми промислового та житлово-комунального будівництва повинні включати до плянів своїх робіт, повинні періодично заслуховувати доповіді місцевих органів здоровоохорони, виділяти по будівництвах здоровосередки, по гуртожитках—сануповноважених.

Питання саносвітньої роботи повинні правити за частину загальної культ-освітньої роботи робіткомів.

Наркомздоров'я **Канторович.**

ВУК робітників промислового та житлово-комунального будівництва **Дидуренко.**

(Обр. розп. НКОЗ та ВУК'у спілки промбудівництва № 16/315—13/81 з 28 квітня 1931 року).

117. Про роботу в галузі боротьби з браком.

До міськрад і РВК промислових районів, всім профзахбюрам, поліклінікам, промсанлікарям, медпунктам на підприємствах.

Копія до НКОЗ в АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового.

Установи охорони здоров'я повинні включитися в справу переведення підприємством боротьби з випуском бракованої продукції.

Звичайно, що методами в цій роботі (крім участи в здійсненні загальних метод) для органів охорони здоров'я повинні бути методи, що властиві їхній компентенції.

Поміж цілої низки причин технічного й організаційно-виробничого порядку, що викликають випуск бракованої продукції, є причини, що полягають в стані здоров'я окремих робітників, у тих або інших дефектах організму робітника. Наприклад: у певній групі (бригаді) робітників, не зважаючи на досить однакові умови роботи, за майже однакових струментів, варстатів і матеріялів, деякі робітники випускають значний відсоток бракованої продукції, або взагалі значно відстають від своїх товаришів щодо кількости випуску продукції. При обслідуванні цих робітників виявляється, що такі (не знаючи сами того) за станом свого зору потрібують корекції зору. Задоволення робітників відповідними окулярами—негайно ж дає ефект:—брак продукції, що її випускається, значно зменшується, і продукційність збільшується.

Цей приклад чітко вказує на ту конкретну корість, що можуть дати установи охорони здоров'я в справі боротьби з браком.

Отже, одне з бойових завдань для профзахбюрів, робітничих поліклінік, промсанлікарів та медпунктів на підприємствах є участь у боротьбі з браком. Засоби переведення цієї роботи такі:

1. Промсанлікар підприємства вкупі з медпунктом повинен договоритись з заводоуправлінням про притягування до справи боротьби з браком медробітників підприємства.

2. Промсанлікар одержує від відповідного відділу заводоуправління або цеху відомості про персональний склад робітників, що в них спостерігається систематично випуск бракованої продукції.

3 Разом із технічним персоналом треба здиференціювати причини випуску брака, що полягають або залежать від організаційно виробничих причин, від причин, що залежать безпосередньо від даного робітника.

4. Отже залишаються причини суб'єктивного порядку, які саме є тими елементами, що їх вивчає лікар.

5. Звернути увагу треба на причини, що полягають:

а) у хворобі робітника (хронічні або підгострі захорування);

б) відхилення функцій організму від норми, недостатність зору, почуття, органів руху тощо;

в) у побутовому стані (алькоголізм тощо);

г) у санітарно-гігієничних умовах роботи.

Звичайно, що на базі знання трудового процесу фіксується увагу на специфічних умовах можливих причин.

До цієї роботи треба втягнути й поліклініку з відповідними фахівцями, лікарів—диспансеризаторів і обслідувальний персонал.

6. Промсанлікар повинен довести конкретні вказівки окремим лікарям, на що саме в організмі робітника треба звертати увагу, себто треба вказувати основні функції. системи та органи організму, що є головнішими в трудовому процесі. Для цього промсанлікар складає професіограму (санхарактеристику) на детальні професії, що вивчається з погляду зменшення браку.

7. Фактично це є відома диспансерна метода, але роботу треба перевадити досить швидко, беручи об'єкти для спостереження і впливу не взагалі за ознакою професії, а за ознакою:

а) окремих (персонально) робітників, що випускають браковану продукцію незалежно від професії;

б) черговість спостереження окремих робітників встановлюється, виходячи з питомої ваги їх у виробництві, кількости браку, що вони його випускають тощо.

8. Кожну окрему групу таких робітників треба пропускати через відповідні обслідування досить швидко і не загаювати остаточних висновків щодо заходів.

9. Заходи в основному можуть опрацьовуватися напрямком:

а) відповідного лікування,

б) заміни іншими робітниками (у разі наявної непридатности для даної роботи),

в) у змінах обставин та організації праці (санітарно-гігієнічні заходи, пристосування захисних приладь, введення стільців тощо:

г) корекції функції (відповідне корегувальне скло для окулярів),

д) низки інших заходів.

10. На підприємстві треба в постійну комісію щодо боротьби з браком притягнути і лікарів.

Наведена інструкція є лише схема, що її на місцях треба деталізувати и пристосувати до наявних вимог боротьби з браком.

Профзахбюра повинні взяти на себе керівну ролю в цій роботі, мобілізуючи для цього відповідні установи охорони здоров'я.

Робочу громадську суспільність треба мобілізувати навколо завдань, що їх ставлять органи охорони здоров'я щодо боротьби з браком.

НКОЗ пропонує негайно опрацювати цю справу і повідомити про вжиті заходи, а також подавати до НКОЗ відповідні матеріяли.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Керівн. групи промсанітарії сект. науки **Ерман.**

(Об. розп. НКОЗ ч. 55510-115 з 28 березня 1931 року).

118. Про розгортання саносвітньої протиепідемічної роботи.

До всіх РСІ, до секцій охорони здоров'я міськрад, Уповноваженного НКОЗ в Одесі т. Волкового, до всіх медсанупрів та водсанупру.

Копія НКОЗ АМСРР та ВУК'у Спілки Медсантруд.

Зважаючи на побільшення кількости випадків заразливих хвороб (висипний тиф, шкарлятина тощо), НКОЗ пропонує негайно розгорнути регулярну санітарно-освітню роботу з питань боротьби проти заразливих хвороб, запобіжних щеплень, особистої та колективної гігієни, санвпорядкування тощо:

В районах, де є санітарно-освітні установи—відповідальність за організацію й проведення роботи покладається на керівників цих установ, в решті районів та міст на райздоровінспекторів та голів секцій охорони здоров'я міськрад. Для практичного проведення санітарно-освітньої роботи треба мобілізувати ввесь медичний персонал, побудувавши роботу так, щоб виконання її входило до службових обов'язків кожного лікаря, лікпома, акушорки тощо, призначаючи їм певні ділянки роботи. В містах, де є медвиші, для сано-

світ роботи треба використати студентів останніх курсів. У великих промислових центрах (Харків, Дніпропетровське, Запоріжжя, Луганське, Сталіне, Миколаїв, Маріуполь, Кривий Ріг) та по всіх містах Донбасу треба завчасно підготуватись до переведення повторного місячника чистоти, застосовуючи нові оздоровні заходи, враховуючи досвід минулого місячника.

Організуючи саносвітню роботу взагалі та місячник чистоти зокрема, найбільшу увагу треба надати мобілізації самодіяльности трудящих навкруги оздоровних потреб і заходів на терені певних районів.

Санітарно-освітньою роботою треба охопити палаци культури, підприємства, радянські установи, житлокоопи, хати-читальні, сільбуди, клюби, будинки селянина колективіста, школи, лікувально-профілактичні установи, червоні кутки, провадячи її за певним пляном, погодженням із керівниками цих установ та якнайширше використовуючи різне наочне приладдя.

Одночасно з цим треба пожвавити участь у місцевій пресі, популяризуючи передбачені оздоровні заходи та оздоровні потреби певного району.

Як основні теми для саносвітньої роботи, рекомендуються такі:

1. Роля громадської самодіяльности в справі охорони здоров'я та боротьби з заразливими хворобами.

2. Виконання промфінплянів і завдання охорони здоров'я.

3. Запобіжні щеплення—могутній засіб попередити заразливі хвороби (тут можна дати чотирі підтеми: черевний тиф, віспа, шкарлятина, обклад). Популяризація нового закону про обов'язковість для певних груп людности запобіжних щеплень проти обкладу.

4. Що таке ізоляція та дезінфекція, для чого вони потрібні?

5. Значення води в житті людини та впорядковане водопостачання?

6. Як треба боротися з малярією (для малярійних районів)?

7. Чистота тіла—запорука здоров'я (скерувати увагу на потребі лазневого будівництва та улаштування душів на підприємствах, школах, клюбах, тощо). Боротьба з паразитами людського тіла та житла.

8. Як треба відпочивати (п'ятиденка, гігієна сна, гігієна відпочинку, фізкультура тощо).

Зрозуміло, що в кожному районі є певні побутові й санітарно-гігієнічні хиби проти яких і треба спрямувати санітарно-освітню роботу.

Згадані теми треба висвітлювати в межах потреб і можливости усунути хиби та організувати оздоровну роботу з боку певних районів.

Велике значення має утворення куточків здоров'я, райсаносвітбаз, та придбання масової літератури.

Оскільки від багатьох районів надходять вимоги на літературу й наочне приладдя, повідомляємо:

а) Наркомздоров'я постачатиме райсаносвітбази лише районам, які вилучать із своїх коштів п'ятдесят відсотків вартости бази (1.250), нададуть базі приміщення 1—2 кімнати та надішлють до 15 березня заявку про згоду утворити базу за згаданими умовами.

Щодо решти наочного приладдя та літератури, централизованої надсилки не буде, чому потрібне наочне приладдя та літературу треба замовляти в Харкові (Шляпний пров. 2, книгарня ДВОУ № 8).

Централізованим порядком Наркомздоров'я постачатиме лише літературу, що не йде до загального продажу (пам'ятки, листівки тощо).

Про всі новинки з літератури та плякатів, що є на ринку, Книгоцентр надсилає до РЗІ та будинків саносвіти періодичний бюлетень, яким і слід користуватися.

Одночасно із розгорненням саносвітроботи треба змінити форми, методи і зміст роботи санітарно-освітніх установ, широко розгортаючи роботу гігієнічних консультацій по палацах культури, житлокоопах, підприємствах, радгоспах, використовуючи кіно і радіопересувки, трансвузли, радіоустановки по клюбах, палацах культури тощо.

Про проведену роботу пропонується повідомити групу санкультури та громадської самодіяльности до 15 квітня б/р.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч.**

За кер. групи санкульт. та побуту **Подражанський.**

(Об. розп. НКОЗ № 531—12 з 29 квітня 1931 р.).

119. Про систематичну освітно-виховну роботу серед молодшого й середнього персоналу лікустанов.

(*Окремо не надіслано*).

До всіх райвиконкомів (РЗІ) і міськрад (О. З.).

Копія до Уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового та НКОЗ АМСРР.

Ознайомлюючись із роботою ліксанустанов, доводиться, як загальне явище, констатувати, що лікарський персонал не віддає будьякої уваги справі вівчення та санітарного виховування молодшого й середнього персоналу. Наслідком цього середній медперсонал, санітарки, вбиральниці тощо не знають часто-густо своїх елементарних обов'язків щодо догляду хворих окремих інфекційних додержування чистоти та порядку в лікувальних приміщеннях, палатах й т. інш.

Брак виховної роботи іноді призводить до того, що персонал, навіть добре обізнаний на вимогах роботи лікустанов,—через брак впливу від лікарів—починає недбайливо ставитися до своїх обов'язків; поступово втрачає свою кваліфікацію й свідоме ставлення до обов'язків.

Становище натепер погіршується ще тим, що за браком кваліфікованих кадрів медперсоналу на роботу до лікустанов частенько потрапляють такі особи, що мають цілком недостатню підготовку, що без відповідної допомоги й роз'яснень від лікарського персоналу впоратися із дорученою їм роботою не зможуть.

Отже, я пропоную налагодити по всіх ліксанустановах систематичну культурно-виховну й освітню роботу серед молодшого та середнього персоналу з тим, щоб у цій роботі брали участь усі без винятку лікарі відповідної установи, провадячи циклові бесіди, лекції, семінари з середнім та молодшим персоналом, надаючи відповідні роз'яснення та запроваджуючи індивідуальну роботу з окремими малокваліфікованими співробітниками лікустанови, З цього слід ґрунтуватися на практичних питаннях та прикладах роботи медперсоналу установи.

Особисту відповідальність за організацію цієї роботи покладається на відповідних райздоровінспекторів, голів секцій охорони здоров'я та керівників ліксанустанов.

Наркомздоров'я **Канторовіч**.

(Об. розп. НКОЗ ч. 16/610/181 з 5 травня 1931 року).

120. Деякі зміни статуту про масові робітничі університети при наукових інститутах НКО.

(*Окремо не надіслано*).

До всіх інститутів Наркомздоров'я та будинків санфізкультури в Дніпропетровському й Києві..

У статут про масові робітничі університети, що його оголошено в бюлетені Наркомздоров'я № 23—24 від 31 січня 1930 року вносяться такі зміни:

1. У Києві, Харкові, Дніпропетровському та Одесі утворюється єдині масові робітничі університети на чолі яких стоїть директор інституту за призначенням Наркомздоров'я.

2. Загальний цикл масового університету переводять:

 У м. Харкові - інститут здоровоохорони.

 У м. Одесі—інститут санкультури

 У м. Київі та Дніпропетровсьому будинки санфізкульгуре.

3. При окремих інститутах, що розташовані в містах Києві, Харкові, Одесі та Дніпропетровському організується спеціяльні (за фахом даного інституту) цикли єдиного масового інституту.

4. Розгортання роботи й розробка програм загального й спеціяльних циклів покладається на бюро інститутів у кожному місті.

5. Методологічне керівництво роботою масових робітничих університетів покладається на відділ санкультур інституту охорони здоров'я, а загальне організаційне керівництво—на групу санкультури Наркомздоров'я.

6. Єдині масові робітничі університети мають свій окремий кошторис, розпорядчик, якого є директор університету.

7. Штати єдиного університету затверджує Наркомздоров'я.

Крім вказаних змін попереднє положення залишається чинним.

Наркомздоров'я **Канторовіч**.

Заст. керівника сектора науки та санкультури **Трахтман**.

(Об. розп. НКОЗ з 27 квітня 1931 р. № 31-13).

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про організацію показових районів і секцій охорони здоров'я

Наркомздоров'я приєднався за постановою Колегії НК РСІ до заходів організації зразково-показової роботи в справі охорони здоров'я у Вовчанському, Красноградському та Краснолуцькому районах (в останньому районі—згідно з постановою ЦК ЛКСМУ). До згаданих районів Наркомздоров'я виділив спеціяльних представників. які провадять на місцях докладний інструктаж та безпосередньо допомагають організації та поліпшенню ріжних галузей здоровоохорончої роботи.

Складено окремий плян організації показової здоровоохорончої роботи Харківської секції О. З., причому на великих заводах м. Харкова—ДЕЗ'і та ХПЗ організовано медично-санітарні цехи, де окрему увагу приділено питанням диспансеризації всебічного вивчення умов праці й побуту та боротьби з агравацією та симуляцією.

2. Дальші заходи щодо реалізації постанов ЦК КП(б)У про поліпшення побутових умов робітників Донбасу

Підчас останнього перебування в Донбасі, Нарком охорони здоров'я т. *Канторовіч*, відвідав багато районів, де детально ознайомився з тим, як здійснюються останні постанови керівних органів щодо робітників Донбасу. Посилені заходи Наркомздоров'я в багатьох місцях дали досить позитивні наслідки (поліпшення санітарного стану багатьох гуртожиткiв, касарень; піднесено якість роботи санітарних пунктів по копальнях, піднесено санітарний стан лікарень, амбуляторій тощо). Водночас відмічено неприпустимий стан окремих лікустанов м. Сталіна, окремих залізничних дільниць, вокзалів тощо. На винних у цьому осіб накладено адміністративні кари.

Уповноважені НКОЗ по різних районах Донбасу (це — відряджені робітники самого Наркомздоров'я, а також місцеві робітники) досить успішно охопили справу догляду місцевої роботи, посилили зв'язок з місцевими органами та установами.

На доповідь т. Контаровіча Колегія ухвалила низку додаткових заходів, з яких наводимо тут найголовніші,

а) Перед місцевими органами охорони здоров'я поставлено категоричну вимогу запровадити протягом найкоротшого часу раціоналізаційні заходи по лікустановах, щоб усякою ціною ліквідувати черги в поліклініках (маркова система, бронювання місць).

б) До Донбасу надіслано додаткову партію термометрів для дезінсекторів.

в) Секторові транспортної медицини доручено відправити до Донбасу санітарні вагони-лазні, крім того НКОЗ провадить переговори про термінове обладнання декількох вагонів-лазень спеціяльно для Донбасу.

г) Відповідним групам та частинам Наркомздоров'я доручено вжити негайних заходів щодо забезпечення медсанустанов Донбасу відповідними матеріялами, як білизною, ліжками, продуктами харчування та інше.

д) Зважаючи на те, що протягом останнього року НКОЗ перекинув на Донбас чималу кількість лікарської сили, якої в багатьох місцях не використовують досить доцільно, Колегія дала вказівки місцям про те, щоб розташування медперсоналу та використання його провадилося якнайдоцільніше. Водночас НКОЗ запропонував місцям притягувати до судової відповідальности лікарів, що порушують чинне законодавство щодо перебування на роботі за призначенням Наркомздоров'я.

е) Колегія звернулася до місцевих партійних, професійних і радянських органів, а також до госпорганів із листом, в якому категорично поставлено питання про максимальне поліпшення матеріяльно-побутових умов медперсоналу.

3. Про підготовку нових фармкадрів у заочному фармінституті

Нещодавно Колегія НКОЗ затвердила положення про підготовку заочним способом нових кадрів фармавцевтів. При Всеукраїнському заочному фармінституті утворюється спеціяльна філія підготовки нових кадрів фармавцевтів До цієї филії прийматимуть осіб, що мають загально-освітню підготову, не менш за 7-річку. Термін навчання встановлено в 4 роки, при чому перший рік навчання є підготовний, а після складання потрібних іспитів, слухачів вважатимуть за студентів основного курсу заочного фармінституту.

Прийматимуть в інститут, додержуючи куріяльної системи, з тим, щоб робітниче-селянський прошарок слухачів становив не менше, як 50%

Щоб забезпечити виробничий практикум для слухачів, останніх з початку занять прикріплюватиметься на ввесь час навчання до певної аптеки, де поруч учоби слухачі виконуватимуть пильно-реґляментовану виробничу роботу.

Протягом першого року виробничої учоби в аптеці слухачі одержуватимуть стипендію 40-50 крб. (залежно від зони).

На період відрядження слухачів на практичні заняття, слухачі, зберігаючи свою зарплатню, одержуватимуть додатково 50% стипендії, діставатимуть оплати вартости проїзду та забезпечуватимуться гуртожитком.

4. Про здійснення постанов ЦК ВКП(б) у галузі оздоровлення транспорту

Доповідь, що її недавно заслухала Колегія НКОЗ, довела, що від медично-санітарної організації на транспорті досі зроблено замало для швидкого та належного здійснення постанов директивних органів щодо оздоровлення транспорту та його працівників. В особливо незадовільному стані, в санітарному розумінні, перебуває більшість вокзалів, приміщень, паровозних і поїзних бригад, вагонів, різних службових приміщень тощо.

Отже Колегія ухвалила, щоб місячник чистоти на транспорті провадився посиленим темпом та супроводився рішучими заходами щодо поліпшення санітарного стану приміщень що на смузі вивласнення.

Віднині виділено на залізницях, дільницях та залізничних станціях уповноважених, що мають доглядати запровадження оздоровних заходів спільно з представниками Уповнаркомшляхів. За наказом Наркома до окремих об'єктів на транспорті (вокзалів, гуртожитків, поїздів і т. інше) прикріплюється спеціяльних осіб, ще відповідатимуть за санітарний стан доручених об'єктів.

Спільно з ВУК'ами спілок медсантруд і залізничників організовано бриґади, що мають перевірити виконання директив НКОЗ за відозвою ЦК ВКП(б) та Раднаркому СРСР від 15 січня 1931 року — передусім на Катерининській та колишній Донецькій залізницях.

Довідавшись про затримування в діловодстві нарсудів багатьох справ за порушення адміністративно—господарськими органами санітарних вимог та правил, що існують на транспорті, Наркомздоров'я звернувся до Генерального прокурора Республіки з проханням перевірити причини цієї затримки.

Водночас НКОЗ звернувся до Наркомшляхів з листом, в якому настоює на тому щоб було посилено контроль діяльности дирекції залізниць у галузі запровадження санітарних заходів на вокзалах і в поїздах. НКОЗ зокрема настоює на прискоренні будівництва нових вокзалів—передусім на Донецькій та Катерининській залізницях, зокрема на станції Ясинуватій.

Усім медсанупрам Колегія НКОЗ зауважила абсольтно незадовільні темпи запровадження в життя директив НКОЗ щодо виконання постанов директивних та вищих урядових органів про транспррт.

5. У надзвичайній комісії боротьби з епідеміями.

а) Про санітарний стан копалень Донбасу.

Спеціяльне обслідування, що провів представник НКОЗ (промсаніспектор), довело що по копальнях Донбасу ще й досі панує незадовільний анти-санітарний стан асенізації, водопостачання та лазнева справа. Це, звичайно, щороку дає поширення шлунково-кишкових захворувань, зокрема на черевний тиф та дизентерію.

Отже, Надзвичайна комісія склала господарчим органам низку практичних пропозицій, що мають виправити теперішні прогріхи та недоліки.

Об'єднанню „Вугілля" запропоновано негайно розпочати впорядкування та відновлення підземної асенізації відповідно до вимог сандогляду. На виконання цього дано термін—один місяць. За систематичну та своєчасну очистку підземних відхідників мають відповідати окремі десятники (санітарні), яких виділяє адміністрація шахтоуправлінь.

Об'єднанню запропоновано подбати про постачання гірників у шахтах кип'яченою водою, а підземні пункти—забезпечуватиметься потрібною кількістю пляшок з кип'яченою

водою. Ці пляшки мають видаватися робітникам підчас спуску в шахту водночас з лямпою.

Надзвичайна Комісія запропонувала ще негайно розпочати ремонт лазень, встаткувати при лазнях приміщення для зберігання спецодягу, очистити відстійники для шахтних вод, що їх вживають для миття в лазнях (ці води треба хльорувати).

Уповноваженим та бриґадирам НКОЗ, що перебувають у Донбасі, запропоновано зосередити пильну увагу на заходах санітарного оздоровлення шахт, слідкуючи за тим, щоб спеціяльно виділені особи дійсно відповідали за санітарний стан доручених їм шахт на інших одиниць.

5. Про удосконалення вживання хльорпікрину для дезінсекції.

Зважаючи на те, що подекуди траплялися випадки неправильного та недоцільного вживання хльорпікріну підчас дезінсекції (зокрема на Тракторобуді), Надзвичайна комісія дала місцям вичерпні інструкції щодо цієї справи.

6. Недбайливих медробітників притягнено до права.

Як вже повідомлялося (див. бюлетень НКОЗ № 23—24 за 1930 р.) НКОЗ ухвалив притягти до відповідальности Охтирських робітників охорони здоров'я за злочинно байдуже ставлення до справи боротьби з епідеміями.

Нині, дійсно притягнено до суду райздоровінспектора *Афоненка В. О. Вейрауха М. М.* та *Ковалевського І. Д.* за арт. 99 Карного кодексу.

Акт обвинувачування покладає на притягнених до суду провину в тім, що *Афоненко* та *Вейраух* — райздоровінспектор та райсанлікар—проявили бездіяльність і недбайливість до виконання директив Наркомздоров'я та вищих урядових органів у справі боротьби з епідеміями, яких (справ) не ставили на обговорення президії РВК та міськради. Обидва обвинувачені не вжили будьяких заходів, щоб організувати працездатну надзвичайну комісію по боротьбі з пошестями, не використали всіх матеріяльних можливостей на збільшення асиґнувань на боротьбу з епідеміями. Лікар Вейраух обвинувачується ще в тім, що свавільно поїхав у відпустку, не подбавши про заміну його кваліфікованим санлікарем, причому цього часу вже було вогнище висипного тифу в хуторі Розкопах.

Лікар *Ковалевський* обвинувачувано в тім, що, будучи участковим лікарем Ясинівської меддільниці, проявив злочинну недбайливість не виїхавши на місце, де було декілька випадків захорування на висипний тиф в одній родині, щоб встановити лікарську діягнозу. Гр-н *Ковалевский* не сповістив про захорування ні РЗІ, ані лікарню, щоб шпиталізувати хворих. Наслідком цього було розвинення хвороби не тільки в згаданій родині, але також і в сусідніх хатах.

IV. Із діяльности наукових інститутів і закладів НКОЗ

1. У другому українському державному тубінституті

(*м. Одеса*)

Одеський Тубінститут утворив ще минулого року в свойому складі два нові відділи — експериментально-біологічний і відділ санітарної культури.

Перший з цих відділів існує вже більше року й провадить низку робіт, що пов'язуються з вимогами теперішнього часу, наприкляд, за основну тему роботи взято питання про зв'язок між туберкульозою та професією, причому особливо докладно вивчається тепер перебіг експериментальної туберкульози в умовах пилових профшкідливостей на заводах метально-обробчої промисловости.

Відділ санітарної культури за вказівками Наркомздоров'я розпочав масову роботу, утворивши масовий робітничий університет у справах туберкульози; в університеті утворюється серія коротко-термінових курсів, що мають зліквідувати санітарну-неписьменність (зокрема в справах боротьби з туберкульозою) серед окремих груп населення, насамперед серед робітників підприємства, учнів, персоналу лікувальних установ тощо.

Відділ санкультури заходиться тепер навколо таких питань; а) популяризація наукових і практичних досягенень інституту та всієї протитуберкульозної організації радянського союзу; б) пропаґанда ідей особистої та громадської профілактики туберкульози; в) ознайомлення широко робітничої авдиторії з сучасними формами самодіяльности населення

в справі боротьби з туберкульозою; піднесення кваліфікації окремих груп робітників тубустанов.

Незабаром інститут утворює ще два важливі науково-дослідні відділи: I) у питаннях харчування хворих і 2) щодо працездатности в зв'язку з туберкульозою.

Далі інститут розпочав організацію бюра раціоналізації, бюра наукової консультації та зв'язку з периферією.

Із тем, що накреслив інститут на 1931 рік, варто відмітити декілька, що відбивають у собі намагання інституту наблизитися до умов та вимог виробництва, а саме:

I) Наслідки тубпроцесу в робітників, що працюють у холодній обробці металю; про тубпроцес у осіб, що обробляють мідь і залізо.

2) У питаннях епідеміології вивчаються наслідки тубзахворувань у соціяльно-клясовому розрізі; вивчається кривуля тубнебезпеки серед окремих груп промислових робітників порівняльно з рештою населення.

3)Відділ соціяльної паталогії порядком зустрічного пляну вивчає ролю соціяльних факторів в русі туб. епідемії та інше.

2. Перші кроки роботи отолярингологічного інституту.

Інститут утворено в листопаді минулого року на базі вушного відділку народньої лікарні ім. Тринктера в м. Харкові.

Розпочавши розгортати свою роботу, інститут цілком вірно визначив свою основну мету (див. звертання інституту до периферії) — служити соціяльним вимогам теперішнього часу — доби соціялістичного наступу та індустріялізації народнього господарства.

Отже, в працях що проробляє інститут, примітне місце віддано питанням боротьби з профшкідливостями, питанням підготовки нових кадрів тощо.

Із поточних проблем визначимо такі:

1) Проблема розвитку практичної діяльности органів охорони здоров'я в галузі отолярингологічної мережі, допомоги та щодо широкої профілактизації останньої.

2)Готування наукових експедицій в Донбас.

3) Друкуються наукові та науково-популярні брошюри та пам'ятки саносвітнього характеру та інше.

Поряд цього інститут розпочав видання першого підручника з хвороб вуха, горла та носа.

Взагалі роботу інститута скеровується напрямком якнайбільшого наближення її з периферією, а також ознайомлення всіх, що працюють у галузі отолярингології, з новими винаходами та методами, що є в СРСР, а також закордоном.

3. Робітники харківського венінституту на заводі „Серп і Молот"

Нещодавно на одному з найбільших заводів м. Харкова „Серп і Молот" відбулася об'єднана конференція робітників заводу та наукових співробітників Харківського венінституту. Робітникам заводу відома велика робота, що провадить венінститут саме на заводі, наслідком чого інститут спромігся налагодити зв'язок з робітництвом та вивчити вимало моментів щодо полового життя та венеричних захорувань серед робітництва. Підсумки обслідування, про що говорила доповідь, доводять, що 98,9% робітників, що живуть половим життям, жили з однією жінкою (дружиною), тільки 0,7% жонатих мали позашлюбні полові зв'язки. Отже, серед обслідуваних робітників виявлено дуже малий відсоток хворих на венеричні хвороби.

Робітники заводу дуже приятливо та прихильно поставилися до доповіді, визнаючи її велику цінність, зазначаючи про потребу дальшого вивчення руху захорувань серед робітництва, особливо з прибуттям до заводу нових кадрів, переважно, із села.

Робітництво заводу запропонувало інститутові й надалі вживати методи бесід та лекцій з питань венеричних захворувань та полової гігієни. Певну кількість робітників заводу виділено, щоб навчалися вони у відділі масового робітничого університету при інституті венеричних та шкіряних хвороб.

4. Із діяльности одеського інституту санкультури.

а) Відкриття масового робітничого університету.

Першого березня в Одесі при Інституті санкультури ім. акад. Заболотного відкрився Масовий Робітничий Університет загально-освітніх та медичних знань. У зв'язку з великою інформацією, що було переведено по виробничих підприємствах м. Одеси — мету і цілеву установку Університету було цілком з'ясовано. Зараз університет має понад 400 слухачів, що відвідують лекції з великим задоволенням, причому склад студентів такий: 60% дорослих робітників від верстату, до 30% молоді й 10% утриманців.

Система роботи викладання наукових дисциплін зовсім нова: всі дисципліни супроводжуються демонструванням кіно-фільмів та наочних приладь (вистава до даної лекції в Експериментальній зоні, муляжі, макети, гасла, література), що дають слухачеві певну зарядку, після чого лекція-бесіда, кіно з музичною демонстрацією й обговорення лекції та кіно (запитання, відповіді).

Постановка роботи переводиться культурно й цікаво, а тому відвідання цілком стандартизовано, склад слухачів постійний.

Програму роботи розраховано на низку загально-освітніх (біологія, природознавство, світознавство, діялект. матеріялізм, антирелігійні, політичні, технічні питання, література тощо) дисциплін, а також поглиблений курс спеціяльно медичних в усіх галузях. Протягом року передбачено організувати ряд спеціяльних курсів підвищення кваліфікації середнього та нижчого медперсоналу, а також для деяких фахівців (перукарів, доярок по фармах) — в галузі санітарно-гігієнічної культури.

Керує роботою Університета наукова рада в складі представників найбільших підприємств, професури, секції охорони здоров'я міськради, спілки медсантруд, міськпрофради та інших інститутів НКОЗ, що в Одесі.

б) На допомогу засівкампанії.

Одеський інститут санкультури ім. акд. Заболотного видав спеціяльного збірника, що його присвячено посівній кампанії, під назвою „Охорона здоров'я підчас ранніх польових робіт".

в) Саносвіта для активу.

В Одесі при інституті санкультури відкрито курси для членів секції охорони здоров'я міськради та бриґадирів в галузі саносвіти в кількості 100 осіб.

5. Українська державна медична бібліотека при НКОЗ

(*Харків, Пушкинська № 16*).

1931 року Бібліотека має значно ширше охопити медробітників Харкова, Лівоберіжжя и усієї УСРР.

Заснована на базі Бібліотеки Укр. Сан. Бак. Інституту (кол. Харк. Мед. Т-ва) і поповнена бібліотеками різних інших медустанов. Бібліотека дедалі збільшує свій книжковий фонд, прямуючи до зосередження в ньому всієї сучасної радянської й старої російської та потрібної чужоземної літератури з медицини і різних суміжних, особливо біологічних наук.

Бібліотека одержує з цих фахів усі радянські журнали й велику (увесь час збільшувану, особливо обміном) кількість чужоземних.

Книги можна одержувати безкоштовно — до читальні й додому, з 11 до 8 год. щодня. Користувати з книг можуть так медустанови, як і всі медробітники Харкова.

Медробітників периферії постачає книгами (з медицини, біології й марксизму в медицині) Центральна Науково-Книжкова База НКОЗ і ВУК МСТ. База працює в приміщенні Укр. Держ. Мед. Бібліотеки й використовує для периферії, поруч своїх спеціяльних книжкових фондів, значну частину книг УДМБ.

Бібліографічно-консультаційне Бюро складає для читачів і медустанов Харкова й периферії списки й картотеки літератури з різним медичним тем, і провадить іншу бібліографічно-довідкову роботу. Консультанти Бюра приймають читачів щодня Листовні запитання можна подавати й у певні терміни одержувати відповіді на них протягом усього часу видачі книг, а також почтою — через Центральну Науково-Книжкову Базу.

V. Здоровоохорона на місцях

Про виконання постанови ЦК ВКП(б) щодо медобслуговування робітників і селян.

АМСРР. — Підчас останнього обслідування бригади НКОЗ та ВУК'у спілки МСТ виявили, що в республіці протягом останніх років є чимало досягнень: збільшено кількість меддільниць з 37 до 48, через що одна дільниця припадає тепер замість кол. 15.000 на 12.000 населення. Збільшилася кількість ліжок в лікарнях на 10%, через що звичайно поліпшено справу ліжкової допомоги. Протягом цих самих 3-х років утворено ще низку лікувально-профілактичних установ (вендиспансер, тубдиспансер, електро-водолікарня; кількість лікарських амбулаторій збільшилося на 30%).

Проте, бригада відмітила багато дефектів, що в основному полягають в такому:

а) розподіл коштів, що відпускається на справу охорони здоров'я, не забезпечує виконання директив партії в частині широких оздоровних заходів, бо переважна більшість асигнувань перепадає на лікувальну справу. В нслідок цього питома вага витрат на профілактичні заходи в загальному бюджеті охорони здоров'я дедалі все зменшується;

б) бригада далі констатувала, що саноргаізація та райздоровінспектор мають в своєму складі частенько випадкових людей недосить підготовлених до розв'язання теперішньої великої проблеми охорони здоров'я;

в) НКОЗ АМСРР недосить уваги приділив досі питанню охматдита та ОЗД;

г) зовсім незадовільно стоїть справа громадського контролю над роботою органів охорони здоров'я. КОШП'ів ніде немає, здоровосередків на підприємстві немає, щороку масу населення не втягнено до справи поліпшення охорони здоров'я,

Відвідавши окремі райони кол. Ґуманщини, бригада виявила між іншим ще такі недоліки: у Бугському р-ні райздоровінспектор працював надто кволе; медсанустанови р-ну провадили свою роботу, не пов'язуючи своїх плянів з загальним пляном радбудівництва в р-ні. Так само й робота місцевих профорганізацій була надто незадовільна, бо склад групкому не знайомився та не давав собі труда популяризувати ухвали ЦК ВКП щодо медобслуговування. Звичайно за таких умов надто незадовільно стоїть увесь час справа соцзмагання та ударництва серед медробітників.

Баштанський р-н (на Миколаївщині). — Бригада цікавилася цим р-ном, зважаючи на те, що в ньому є велика машинотракторна станція. що за теперішнього часу набуває в своїй роботі величезного значення.

Район цей притягнув до себе увагу НКОЗ та ВУК'у МТС ще й тим, що він далеко раніш, ніж інші, колективізувався майже на всі 100%.

Отже, в селі Баштанці медсанобслуговування перебуває в такому стані, що його неможна визнати за відповідний індустріяльному значенню цієї місцевости. Ось, наприклад, лікарня, що має 25 ліжок, досі позбавлена інфекційного відділку. Лікарні вже протягом 6 років майже не ремонтували, через що внутрішній вигляд лікарні абсолютно незадовільний і не відповідає вимогам медсанустанов, що має обслуговувати велику енергетичну одиницю сільського господарства.

Тимчасом вимоги поряд збільшення машиново-тракторних станцій, зростання колективізації, будівництво тощо й собі теж збільшуються, але задовольняються недостатньою мірою.

Загальні висновки бригади зазначають, що розширення лікувально-профілактичної мережі в Баштанськоку р-ні дійсно почувається, що медперсонал району свідомо ставиться до здоровоохорончої роботи, бере участь у всіх політичних кампаніях тощо. Проте, в районі дуже спізнилися з запровадженням диференцьованого медобслуговування за клясовим принципом, причому подекуди помічалося навіть окремі перекручування (у Баштанській дитконсультації до справи додержування клясовости приступили лише в січні пот. року, а в Явкінській амбуляторії був випадок, коли в колгоспника за надання меддопомоги вимагали матеріяльної компенсації).

Що ж особливо припадає на очі, так це відсутність окремого медпункта на МТС, що має штат робітників в 270 чол. (влітку цей штат збільшується втроє), через що наближення меддопомоги до робітництва — геть недостатньо.

Бриґада звернула ще увагу на незадовільний стан постачання так само лікарень, як і медперсоналу. Головна провина полягає в тому, що з кооперативними організаціями та місцевим Райторгом немає потрібного погодження в цій справі.

Березівка (кол. Одеськ. окр.). — Теж район суцільної колективізації. У районі є великі машиново-тракторні станції (ім. Шевченка, Комінтерна).

Постанова ЦК ВКП значно вплинула на роботу щодо медсанобслуговування району, в розумінні поліпшення багатьох ділянок його. В районі відкрито дитячі проф. амбулаторії, будинок саносвіти, утворено санстанцію, поповнено устаткування лябораторії (це в самій Березівці). Щодо решти місцевостей району, то там теж дещо зроблено останнім часом, як утворено пункт першої допомоги в селі Завадівці, що обслуговує місцевий великий радгосп, при МТС ім. Шевченка — утворено нову амбуляторію; подекуди на кошти самооподаткування відкрито вові пункти, або дообладнено колишні пункти.

Бригада обслідувала багато медодиниць в районі, з яких більшість було знайдено в досить задовільному стані. Так само медичний та адміністративний персонал має чимало робітників, що працюють спільно, усвідомлюючи сучасні завдання охорони здоров'я.

Бриґади, констатувавши загальний розвиток лікувально-профілактичної мережі та віддання переважної уваги промисловому пролетаріятеві й колективізованому селянству, констатувавши також виконання найважливіших постанов Уряду щодо наближення меддопомоги до трудящих мас та запровадження оздоровних заходів, відмітили ще й такі недоліки, що вимагають безперечно швидкого усунення.

Треба зазначити, що головні хиби стосуються переважно недостатньої уваги від РВК до різних питань охорони здоров'я, як обладнання лазень, водопостачання, матеріяльного

та продуктового постачання лікарень, завантаження лікарів невластивою роботою (наприклад — канцелярською).

Чимало огріхів відмічено відносно адміністрації машино-тракторних станцій, що недбало ставляться до справи надання транспорту медорганізації. Від РВК було дуже мало уваги до справи запровадження оздоровних заходів, зокрема на виконання постанови Уряду щодо колективізації та оздоровлення дитячого побуту.

По районах кол. Артемівщини. — Обслідування низки районів кол. Артемівської окр. провадили представники НКОЗ в складі великої бриґади, що утворив НК РСІ.

Підчас обслідування виявлено, яко спільну всім районам хибу — це брак потрібної пляновости в роботі; не досить через це й керівництво від райздоровінспекторів (Констянтинівський р-н, Лиманський р-н, Гришинський тощо). Оця хиба призвела до того, що переважна частина керівної роботи інспектора охорони здоров'я в основному обмежується лише поточним керівництвом без опрацювання питань щодо перспектив дальшої роботи, а подекуди це керівництво обмежувалося переважно райцентром без належного просування його до дальших дільниць (Костянтинівка).

Якщо постанова ЦК ВКП щодо медобслуговування робітників і селян безперечно відбилася в багатьох ділянках та галузях роботи, то окремі ухилення й навіть перекручення всеж спостерігаються.

В окремих районах, як-от в Лиманському, хиби настільки великі, що довелося бриґаді констатувати цілковитий занепад здоровоохорончої роботи [1]).

Подекуди, як це констатувала бриґада НК РСІ, бракує відповідного чіткого ставлення до обслуговування окремих груп населення, наприклад, кол. куркулів, яких в одній місцевості недосить рельєфно виділено в групу, що їй надається платну допомогу, а в інших районах взагалі недосить уявляють потребу виділити цю групу взагалі.

Бриґада відмітила певні недоліки в справі інструктивного зв'язку НКОЗ з районами та несвоєчасне подання місцям потрібних, іноді термінових директив. Особливо це почувається в справі інструктажу щодо плянувальної роботи райздоровінспектора, щодо удосконалення та розмежування функцій між районними та міськими інспекторами; подекуди скаржились на недостатність картково-статистичного матеріялу та інш.

Бриґади Центрального Комітету МСТ, що перевіряли недавно виконання постанов ЦК партії щодо медобслуговування робітників і селян на Україні, констатували, що в роботі органів охорони здоров'я та спілкової організації є безперечні успіхи, що доводять про зрушення роботи органів охорони здоров'я, в розумінні зростання мережі лікпрофустанов так стаціонарних, як і амбуляторних.

НКОЗ багато подбав про належне втілювання в роботу органів охорони здоров'я основних засад, що є в постанові ЦК ВКП. Переважну увагу віддається робітникам великих промислових центрів, соцсектору села, значною мірою удосконалення справи надання спеціяльних видів меддопомоги з належною диференціяцією її між групою робітників і селян.

Всеж таки, як це констатували бриґади, ще не вижито розриву між темпами бурхливого зростання всього народнього господарства на соціялістичній основі та розвитком здоровоохорончої справи. Це відставання неможна пояснити тільки браком коштів і кадрів (що правлять безперечно за вузькі місця в справі охорони здоров'я).

У багатьох місцях спостерігається ще серед окремих робітників побоювання труднощів, невиживання колишн. відокремлености справи охорони здоров'я та кволого її зв'язку з вимогами виробництва.

Бриґади констатували також, що надто незначно притягнено пролетарську суспільність до здоровоохорончої роботи. Водночас виявлено абсолютно недостатню участь госпорганів та промислових підприємств в справі будівництва медпунктів та запровадження широких оздоровних заходів. Є випадки, коли заводи провадять капітальний ремонт на багато мільйонів крб., а не передбачають в кошторисі порівняльно невеликих витрат на реорганізацію та ремонт медпунктів.

Від редакції. Численні обслідування стану охорони здоров'я на місцях в справі виконання постанови ЦК ВКП(б) про медобслуговування робітників і селян виявляють, як це частково доводять вищенаведені матеріяли, що наші досягнення порівняльно до величезних завдань, які поставив Центральний Комітет партії — надто невеликі.

У районах почувається недостатнє усвідомлення змісту й значення постанови ЦК, не говорячи вже про належну популяризацію та дійсне запровадження цих постанов в життя.

У пляні НКОЗ накреслено ще багато обслідувань, що матимуть за головну свою мету виявляти стан запровадження в життя постанов ЦК ВКП, а також допомагати місцям провадити належним напрямком свою роботу.

1) Відповідні висновки НКОЗ вже зробив, вживши потрібних заходів до зміцнення керівного складу медсанорганізації цього району.

Треба, проте, місцям і самим як найуважніше та повніше знайомитися зі всіма директивами та вказівками НКОЗ, домагатися від РВК того, щоб справі охорони здоров'я було забезпечено ту питому вагу, що її вона варта та заслуговує.

Остання постанова ЦК КП(б)У про поліпшення культурно-побутових умов робітництва Донбасу ще більше вточнює завдання органів охорони здоров'я, що є в районах Донбасу.

Редакція чекає на докладні матеріяли з місць, які (матеріяли) висвітлювали-б справу здійснення постанови ЦК ВКП про медобслуговування робітників і селян, а зокрема останні постанови ЦК КП(б)У відносно робітництва Донбасу.

VI. Об'яви та оголошення

Конкурси

1. Харківський Державний інститут удосконалення лікарів оголошує конкурс на інтернатуру лікарів з ФІЗКУЛЬТУРИ.

Термін інтернатури 1 1¦ роки.

Заяви на вступ подаються до Інституту (Харків, вул. Артпма № 8)

Прийом заяв до 20 червня ц. р.

2. Київський Медичний інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

1) Зав. катедри мікробіології.

2) Штатного асистента катедри дитячих недуг.

3) Штатного асистента катедри біології.

Заяви прийматимуться до 20 червня ц. р.

Осіб, що бажають взяти участь у конкурсі, просять надіслати до Київського Мединституту (в. Шевченко № 13) заяву, докладний життєпис, наукові праці та відповідні документи. Знати укрмову обов'язково.

РЕЄСТР

районів і секцій охорони здоров'я міськрад, що не подали річних звітів про інфекційні хвороби за 1931 рік.

(Остаточний термін минув 5-го лютого).

1. Райздоровінспектори:

Назва району	До якої округи колись належали
1. Нехворощанський	до Полтавської
2. Жовтневий	„ Сумської
3. Сватівський	„ Харківської
4. Краснокутський	„ „
5. Липецький	„ „
6. Ружинський	„ Бердичівської
7. Христинівський	„ Гуманської
8. Затонський	„ Проскурівської
9. Ново - Ушицький	„ „
10. Кам'янецький	„ Шевченковської
11. Попельнянський (тільки по приєднан. Корнинському)	„ Білоцерковської
12 Царекостянтинівський	„ „
13. Мелітопільський	„ Маріюпільської
14. Н. Василівський	„ Мелітопільської
15. Баштанський	„ „
16. Анатодівський	„ Миколаївської
17. Зельцський	„ Одеської
18. Спартаківський	„ „
19. Скадівський	„ „
20. Мелівський	„ Херсонської
21. Рубежанський	„ Луганської
	„ „

Назва району	До якої округи колись належали
22. Чубарівський та приєднан. до нього Гуляй-Пільський	„ Запорізької
23. Апостолівський	„ Криворізької
24. Сталіндорфський	„ „
25. Ярунський	„ Волинської
26. Шостенський та приєднан. до нього кол. Ямпільський	„ Конотопської
27. Бобровицький	„ Чернигівської
28. Опішнянський	„ Полтавської
29. Дмитріївський	„ Луганської
30 Кадіївський	„ „
31. Стильський	„ Сталінської

2. Секції Охорони Здоров'я. міських рад

1. Дмитріївської
2. Криворізької

Реферативне Бюро при Українській державній медичній бібліотеці.

№ 3-4 — березень — квітень 1931 р.

Редагує цю частину чл. реф. бюра Трахтман Л. Б.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЗА КОРДОНОМ

1. Організація охорони здоров'я. Статистика

Консультація для матерів в Італії. (J. Americ. Med. Ass. 1931 р. № 1 стор. 53).

Лише в квітні 1929 р. в Італії почали працювати консультаційні пункти для матерів, що їх заснувала каса соціяльного страхування з метою допомогти бідним жінкам у випадках пологових ускладнень. Існує 18 пунктів.

Дитяча смертність в Калькуті. (J. Americ. Med. Ass. 1930 р. № 23 стор. 754).

Бюлетень Нью-Йоркського департамента здоров'я вміщає, за даними звіта лікарів Калькути такі разючі цифри дитячої смертности в цьому місті. Протягом останніх 10 років вона становила 300 на 1000 живих народжень, 1928 року — 279 на 1000. По деяких районах дитяча смертність була ще вища, а саме: 390,426 і 539 на 1000 народжень. Найвища дитяча смертність спостерігається між магометан (393 на 1000), потім йдуть індуси (261) найвижча смертність між англо-індусів й неазіятських народів (136 на 1000).

Річний звіт головного лікаря армії ПАСШ. (J. Americ Med. Ass. 1931 р. № 3).

Протягом 1929 р. захворувань в армії було 526.43 на 1.000 проти 586.53 1928 р. За винятком 1922 і 1925 рр. ця кількість найменша за всі роки. Це зниження автор пояснює переважно зменшенням захорувань на інфлюенцу проти 1928 р. Смертей 1929 р. зареєстровано 591 (312 від недуг і 279 від травматизму) проти 551—1928 р., що становить 4.34 на 1000 проти 4.10 1928 р. До цього підвищення спричинилося зростання кількости смертей від травматизму. Протягом 3 останніх років смертність від тбк в армії зросла в наслідок постанови, що утруднює звільнення хорих на тбк від військової служби. Протягом 1929 р. всього було звільнено в армії за нездатністю (включаючи відставки офіцерів — 62) 2.395 проти 2.244 1928 р. Головні причини відставки офіцерів — переважно тбк і хронічний міокардит. Звільнено 666 завербованих до армії 1929 р. переважно через dementia praecox Згаяних через хоробу днів на всю армію (136.060 чол.) протягом 1929 р. було 1.551.9.15 Головні захорування: гонорея, тбк, сифіліс, бронхіт і перешкодження підчас занять з атлетики. Захорувань на венеричні хороби 1929 р. було 48.33 на 1000, що становить підвищення в 0.15 на 1000 проти 1928 р.

Проект соц. страхування в Бельгії. J. Am. Med. Assoc. 1931 № 7 544.

Підчас конгресу професійної медицини в Брюселі Бельгійська Медична федерація, що об'єднує майже всіх лікарів Бельгії, ухвалила підтримувати проект переведення соціяльного страхування в Бельгії, але за умовою, що ця система не перешкоджуватиме при-

ватній практиці лікарів та не заперечуватиме Медичній Хартії, що її було одноголосно ухвалено на загальних зборах федерації 8 грудня 1929 р.

2 Асоціяції й конгреси

II-й з'їзд інтернаціональної ліги боротьби з пістряком в Італії. (La Presse Med. 1931 № 7 стор. 127).

З'їзд відбувся 4—5 січня 1931 р. у Болоньї. На порядку денному стояли питання про: 1) сучасний стан вивчення етіології пухлин, 2) пістряк і тбк, 3) Конституційна схильність до пістряку, 4) порушення онкогенної рівноваги й гістогенна терапія в біології лихих пухлин, 5) сучасні умови центрів діягностики й лікування лихих пухлин.

(Paris Med. 1931 № 3 ст. XIV).

На засідання асоціяції тропічної медицини й гігієни 18 грудня 1930 р. в Парижі Lorando Chaniolis подали доповідь про епідемію Денге, що останнього часу спостерігалася в Греції, де в Атенах і Піреї зареєстровано 800.000 хорих. Особливість цієї епідемії полягала у відносно постійному підвищенні температури, що не знижувалася до шостого дня, у частоті геморагічних явищ та ускладнень, напр. альбумінурія та хірургічні ускладнення. За збудника інфекції автори безсумнівно вважають stegomia fasciata, як це визначав раніш (1911 р.) Legendre, пізніше Mano'ssaki та інші.

(Mün. Med. Woch. 1931 № 13 ст. 518.

15—18 серпня в Копенгагені відбудеться II Інтернаціональний Конгрес у питаннях світла. В програмі конгресу 4 теми з теорії та практики поводження зі світлом. За докладнішими відомостями звертатися до ген. секретаря: D-r A. Kissmeyer Finseno, Liginstitut, Staand boulevarden, Kopenhagen.

Med. klinik 1931 № 10

3—8 серпня 1931 р. в Парижі відбудеться інтернаціон. конгрес дантистів.

3. Законодавство

Примусове лікування венериків (J. of social Hygièue 1931 р. № 9 стор. — 550).

За законом в штаті Массачузет (ПАСШ) всі ув'язнені або ті, що перебувають у добročинних установах хорі на сифіліс, гонорею або тбк, мусять проходити курс лікування і звільняються лише після того, як усунуто небезпеку зараження від них для інших. Департамент здоров'я виробив стандарти, з яких можна було б користуватися підчас звільнення хорих. Журнал наводить стандарти для гонореї і сифілісу.

Домішки до хліба. (I. Americ. Med. Assoc. 1931 р. № 4 стор. 282).

По багатьох частинах Франції населення скаржиться на погану якість хліба через те, що, починаючи з часу війни, до пшеничного борошна домішували борошно інших злаків, городини і навіть мінерали (щоб додати хлібові ваги). Спостерігалися також випадки, коли до хліба домішували хемічні речовини, щоб забілити борошно, 7 листопада 1930 р. оголошено постанову, що забороняє домішувати до хліба які б то не було мінеральні речовини, крім тих, що дозволяє вища рада гігієни. Остання дозволяє домішку бромістого калія (potassium bromat.) розміром 2 мілігр. на 100 грам борошна, або 10 мілігр. на 1 кіло та ammonium persulphate $(NH_4)_2$ S_2 H_8 кількістю 3 мілігр. на 100 грам борошна. Дозвіл на вживання цих речовини рада гігієни пояснює тим, що вони сприяють акції дрождей та полегшують випікання хліба з французького борошна.

До реєстру хворих, що звільняються від военної служби. (J. Americ. Med. Assoc. ч. 2 1931 р.).

В Італії оголошено список захорувань, що хорий на них вважається за нездатного до військової служби. За поясненням військового міністра цей список складено на підставі нових наукових досліджень та досвіду світової війни. На першому місці в цьому спискові стоїть малий зріст: мінімальний зріст фіксується в 1,5 метри. Великого значення надається співвідношенню зросту та обсягу грудей. Спеціяльну увагу звертається на цингу та пелагру, а також синдром, що вказує на функціональні зміни ендокринної системи, наприклад екзофтальмічне воло.

Всі типи тбк вважається за причину нездатности до військової служби, так само й хронічні отруїння оливом, алькоголем, тютюном, миш'яком або живим сріблом.

Про догляд псих. хворих. (J. Americ. Med. Assoc. 1931 р. № 1).

Компенсація профзахорувань в Англії. (J. Industr. Hygiene 1930 р. № 10 стор. 235—237)

За актом про компенсацію робітників від 1925 р., що його доповнено 1929 р. (державні постанови та накази № 2, Великобританія) компенсацію робітникам дається в разі

таких захорувань: Телій (по виробництвах, де працюють з шерстю, волосом, щетиною, шкурами); отруїння або наслідки його, такими речовинами (при роботі з ними, їх препаратами, дериватами, стопом, або гемологічними речовинами); живим сріблом, оливом, миш'яком. бензином, нітро й амідо дериватами бензину й гомологічними речовинами (тринітротолуол, анілін та інші); динітрофенолом; азотом; будьякою речовиною, що вживається для розчину целюлози; тетрахлоретаном acetilen tetrachlorid; (сірко-вуглецем; отруїння сполученням нікеля) nickelcarbon; gonioma kamassi (африканське дерево); отруїння манганом. Далі список містить такі хороби: дерматит від пороху або рідини; виразки шкіри від пороху або рідини; виразки слизової носа або рота, що виникли під впливом пороху, епітеліоматозний пістряк, або виразки шкіри від смоли, дегтю, бітуму, мінерального масла, парафіну або будьяких продуктів, осаду або стопу цих речовин; виразки від хрому; скротальна епітеліома (у сажотрусів) захорування за праці зі стиснутим повітрям; катаракта (в шклодувному виробництві); катаракта (що її дістають підчас роботи в ливарні); анкілостоміяз (в гірництві); hystagms (в гірництві), cellulitis рук, колін або локтей (в гірництві); запалення синовіяльної оболонки суглоба передруч'я carnus (в гірництві); сап; корч телеграфістів; корч від писання; корч від скручування бавовни або шерсти; запалення, виразки або зноякісне захорування шкіри й підшкірних тканин, до якого спричинилася робота з Х-промінням або радіоактивними субстанціями*)

Проэкт закона про наукові досліди над людиною (*Німеччина*). Mün. Med. Woch. 1931 р. № 11, 469.

Міністерство внутрішніх справ Німеччини передало до уряду проєкт закону (14 пунктів) в справі вживання нових систем лікування та дослідів над людиною. Цього проєкта складено на ґрунті пропозицій Держ. Ради Охорони Здоров'я (d. Mün. Med, Woch v. 1931 № 3 ст. 104, 107. За цим проєктом, маючи на меті поліпшити стан хорого, дозволяється вживати нових засобів лікування, що їхнього вплив та наслідки що не вивчено остаточно з того міркування, що заборона цієї методи мусить призвести до застою науки. Нові засоби лікування, мусять відповідати науці й вживати їх можна лише після найдосконалнішого досліду на тваринах. Вживати цих засобів лікар повинен з певною свідомістю великої відповідальности й лишеякщо є згода на те від пацієнта абойого законного представника. В разі відсутности такої згоди нового засобу лікування дозволяється вжити лише коли він є єдиний засіб зберігти життя або попередити велике пошкодження. Особливо уважно в цій справі треба ставитися до пацієнтівмалого віку та підлітків до 18 років. Соціяльний стан незаможних не слід використовувати для спроби нових метод**). З особливою осторогою треба ставитися до лікування живими мікроорганізмами й побудниками хороб. У клініках, поліклініках й шпиталях користуватися новими засобами лікування дозволяється лише головному лікарю або за його спеціяльним дорученням. Про кожний новий спосіб лікування, його мету, методу переведення треба складати науково обґрунтовану записку та ознайомлювати з нею пацієнта, або його представника раніш, ніж дістали їхню згоду на таке лікування.

4. Різні повідомлення.

(Paris Médical 1931 року № 2 ст. XVIII).

У червні минулого року підчас процесу в справі епідемії тифу в Ліоні суд ухвалив такий вирок, директорові Компанії водопостачання—1 рік ув'язнення, компанія повинна сплатити збитки від епідемії. Компанія оскаржила цей вирок.

(J. Americ. Med. Assoc. 1930 року № 1).

З огляду на те, що бельгійський радій дуже дорого коштує, Париж надав Марії Кюрі велике місце для фабрики, щоб виробляти радій. Одночасно інститут радія, де Кюрі є директором (другий директор — prof. Rigaud) значно розширюється. Передбачено збудувати лябораторії та лікарню для радіотерапії.

Спекуляція наркотиками у Франції J. Amer. Med. Ass. 1931 р, № 1 стор. 51).

У вересні 1929 р. Ліга націй висловилася за обмеження виробу наркотиків, вважаючи це за єдиний засіб скоротити зловживання ними. Французька преса подає такі цифри щодо торгівлі наркотиками у Франції. Довіз опіюму в цій країні поширився з 41.200 клг. 1926 р

*) Отже „робітничий" уряд Англії вважає, що компенсувати треба тільки майже цілком покалічену людину. Гарна характеристика для „оборонців" робітничої кляси — Макдональда, Томаса, Гендерсона та інш.

Ред.

**) Нова „милость" для бідняків.

Ред.

до 159 221 клг. 1928 р. Експорт за цей період — 6.223 клг. Довіз морфіну 1926 р. становить 5 336 клг, 1928 року 1.384 клг. Щоб компенсувати це зниження, Франція поширює виробництво морфіну: з 2000 клг. 1926 р. до 7.728 клг. 1928 року. Цього ж таки року Франція довезла 1078 клг, героїна та виробила його 3.000 клг. проте за інформацією голови поліції Каїру лише одна фабрика в Мюльгавузені, що її було відкрито підчас німецької окупації, виробила протягом 1928 р. 4.108 клг, героїну.

(Deutsche Med. Woch. 1931 р. № 8.).

Німецьке поштове управління улаштувало медичну консультацію радіом для пароплавів, що не мають лікаря. У цій справі збудовано в Куксгафені станцію „Ельба-Везер-Радіо". Консультацію дає держклініка в Куксгафені. Кожний пароплав, що має радіо-станцію може у випадкові захорування пасажира, звернутись радіо-телеграмою до „радіо-лікаря". Якщо на борті існує радіо-телефон, можна вести перемови безпосередньо з держлікарнею, викликаючи „радіо-лікаря".

Епідеміологічний місячний звіт Секції Гігієни Ліги Націй. (Mun. Med. Woch. 1931 року № 70 ст. 426.

За цим звітом поворотний тиф (побудник Spirochaeta Obermeyer), що інфекція при ньому розповсюджується через воші, відрізняється від іншої форми поворотного тифу (побудник Spirochaeta Duttoni), що розповсюджується через різні види ornithodorus. Інтернаціональна санітарна конференція 1926 р. вживає назви Typhus recurrens у випадках інфекції через Spir. Obermeier. Поворотний тиф (Sp. Obermeier) має деякі ендемічні вогнища в західній Европі, випадково трапляється в північній Африці, за останні 10 років має таких ендемічні вогнища у французькому та англо-египетському Судані і значне розповсюдження в Палестині. Іракові, Індії, Туркестані, західньому й східньому Китаї, Перу, східньому взбережжі ПАСШ і в Каліфорнії інший вид поворотного тифу, (що його переносить кліщ). Трапляється крім центральної Африки, також в центральній та південній Америці. Вестіндії (Куба), а також в Еспанії. Поворотний тиф. (Sp. Obermeier) за останні 10 років дав великі епідемічні хвилі не лише в Европі (Польша 1922 р. — 41.207 захорувань. Україна 1922 р. 467.893 захор. РСФРР 1920 р. — 1.579.604), але також в центральній Африці й Британській Індії. Перед світовою війною Росію та Україну в Европі вважали за ендемічне вогнище. Підчас війни не спостерігалося великого збільшення епідемії, воно почалося після війни (1919) и набуло свого максимуму в цих країнах 1920 й 1922 рр. Тепер в Европі через те що, з'ясовано населенню способу розповсюдження цієї інфекції, хороба ця майже зникає. 1929 р. в Німеччині зареєстровано 1 випадок, в Греції 7 вип. Італії — 153. Польщі — 10. Випадки повор. тифу дуже незначні також у країнах Рад. В екваторіяльній Африці, навпаки, епідемія, що почалася 1921р. та спричинила протягом перших двох років до смерти 80.000 — 100.000 населення, тривала ввесь час, охоплюючи 37 - 41% населення 1929 року вона зменшилася, проте 1930 р. знов поширилася Смертність від поворотного тифу (Sp. Obermeier) в Европі така: Польща 1923 — 1930 р.р, 2.4%, Румунія. Підчас згаданої епідемії в центр, Африці смертність в Судані 1921-23 р.р. — 17.8, на Золотому береві — 5.6% у французькому Індокитаї і-Пенджабі 25% і 26.8%.

(The Brit. Med. J. 1931 р. № 3661).
ст. 114.

ПРО РОБОТУ НА КУРОРТАХ УСРР

Із постанов та положень, що їх ухвалила нарада директорів українських курортів, що відбулася 25-29 березня 1931 р.)

У згаданій нараді взяли участь, крім керівника та відповідальних робітників Укркурупру, ще робітники Наркомздоров'я УСРР, директори курортів та лікустанов Укркурупру, представники профорганізацій, робітничої комісії сприяння тощо.

Наводимо тут найголовніші постанови та резолюції (тези), що їх ухвалила нарада.

1. Про здійснення постанови ЦК КП(б)У в справі поліпшення побутового обслуговування гірників.

1) Взяти до виконання постанову ЦК КП(б)У щодо соціяльно-побутового обслуговування гірників, зважаючи за неодмінний обов'язок всіх курортів, що належать до складу УКУ, вжити всіх заходів, щоб цю постанову було виконано якомога повніше та точніше з найбільшим ефектом для дітей гірників, що їх напрямлюється на Українські курорти. Домогтися в міру змоги перевантаження в розумінні соціяльно-побутової допомоги від УКУ.

2) Визнати водночас за потрібне, що УКУ посилив свої заходи перед НКОЗ та відповідними органами постачання щодо своєчасного забезпечення устаткуванням, харчуванням та інш..

3) Поставити перед НКОЗ питання, щоб останній негайно відпустив УКУ кошти, що потрібні на пристосування будинків, де розгортатимуться ліжка для дітей гірників.

4) Зважаючи на брак матеріялів для ремонту додаткових будинків, визнати за потрібне, щоб курорти на місцях використали в цій справі всі можливості, дістаючи допомоги від місцевих організацій.

5) Через те, що цього року на Українські курорти відряджується велика кількість підлітків, зобов'язати всі курорти взяти лінію на те, щоб було виділено обслуговування підлітків.

II. Завдання санаторно-курортової роботи в реконструктивний період.

1) Індустріялізація країни, колективізація сільського господарства, значне піднесення культурного рівня трудящих, перебудова старого суспільства на нових соціялістичних засадах, — оце все висуває перед радянською охороною здоров'я потребу перебудувати всю роботу відповідно до тих завдань, що її висунув реконструктивний період всьому народньому господарству.

2) Санаторно-курортова справа є невідіймана частина всієї здоровоохорони. За основу всієї діяльности в санаторно-курортовій роботі треба покласти завдання, що їх склала постанова ЦКВКП(б) з грудня місяця 1029 р.. Принципи клясовости, пляновости, профілактизації та найбільшої кваліфікації допомоги повинні здійснюватися в практиці санкурсправи.

3) Зміна статевого складу робітної сили, втягування жіночої праці та робітничих підлітків до виробництва — спонукає нас відповідно реорганізувати нашу мережу, урахувати ці моменти в нашому дальшому будівництві та в усій нашій роботі. Санаторії матери та дитини, санаторії для робітничих підлітків повинні опанувати чільне місце в нашій курортовій мережі.

4) Трудове селянство досі надто мало користувало з курортової допомоги (тільки 9% було минулого року). Суцільна колективізація, машинізація села рішуче вимагає, щоб негайно було підвищено питому вагу колективізованого селянства на наших курортах (вже цього року дійти 15,2%) і надалі розширити мережу селянських санаторій, притягуючи водночас до цього кошти самих колгоспів. Із цим питанням пов'язується також швидкий перехід на зимове функціонування переважної маси наших курортів, опрацювання медпоказань для селянства,

5) Усю роботу курустанов треба провадити за обставин нових форм соціялістичної праці, трудового ентузіязму, розгортання соцзмагання та ударництва.

6) Курортова справа повинна увімкнутися в загальну соціялістичну систему охорони здоров'я — в систему єдиного диспансеру. Активна участь у відборі хорих на курорти, обмінна картка, вивчення потреби трудящих у курортовому лікуванні, безпосередня участь у боротьбі із соціяльними хворобами. щільний зв'язок з установами, що напрямлюють хорих

контролювання правильного догляду хорих після виписування їх з курорту, — ось практичні форми участи курортсправ в системі єдиного динспансеру.

7) Зростання культурности широких трудящих мас, поліпшення матеріяльно-побутового стану робітничої кляси та колективізованого селянства — викликають велику потребу в санаторно курортовій допомозі та максимального зростання курмережі. Треба розробити твердий плян нового будівництва, використати старі багатства та знаходити нові. Треба використати місцеві курорти, що вже вийшли за місцеві межі (рямці): треба звернути увагу на розвинення дитячої курдопомоги.

8) Період соціялістичного наступу висуває вимогу не тільки кількісно збільшити нашу мережу, але також різко поліпшити якість продукції. Медична справа на курортах повинна опанувати належне їй місце. Треба утворити можливість використовувати на наших курортах останні досягнення медичної науки. Господарче та технічне обслуговування, що відограє велику ролю в справі належного настановлення медичної допомоги, мусить всіма засобами зважати та орієнтуватися на вимоги медико-санітарної частини. Наукову постановку питань на курортах, фізкультуру, санітарну освіту треба поставити на належну височінь, щоб вони відограли свою ролю могутніх лікувально-профілактичних чинників.

9) Навкруги курортової справи треба як найширше зосередити широку робітничу суспільність, утворивши при курортах комісії оздоровлення труда й побуту із здоровоохорончого активу місця, де розташований курорт. Треба закріпити шефство робітничих підприємств над курортами й шефство курортів над колективізованим сектором села.

10) Усій курортовій справі треба забезпечити тверду наукову базу. Інститути курортології в Харкові та Одесі треба поставити на належну височінь, розподіливши між ними райони керівництва науковою справою на курортах. Треба розширити функції роботи Одеського Інституту, перетворивши його з бальнеологічного на інститут курортології з відповідним устаткуванням, надавши інститутові можливість використати широко свої кваліфіковані наукосили та перебування на терені видатної курортової місцевости. Інститути повинні заходитися навколо розв'язання проблеми, що її висунула доба соціялістичного наступу, щільніше пов'язатися з виробництвом, взяти під свій догляд постановку медсправи на певних курортах, відповідаючи за цю постановку.

Визнати за потрібне розгорнути на курортах мережу філій наукових інститутів, що до сфери їхнього діяння належить той або інший курорт.

11) Ураховуючи найбільшу серйозність питання щодо курортових кадрів, наші інститути повинні взяти за серйозне своє завдання підготувати, перепідготовлювати та підносити кваліфікацію середніх і старших курортових кадрів. Особливу увагу треба тепер віддати справі підготови молодих кадрів (через курси, вечірні техникуми).

12) Справа раціоналізації курортової роботи, що від неї чимало залежить якість роботи, ще досі у нас шкутильгає. Директиви Курупру в цій справі периферія не виконала. Бюра раціоналізації так на місцях, як і в центрі не працюють. Так само стоїть справа винахідництва. У цій справі потрібний різкий злам, бо недооцінювання ролі раціоналізаційної справи та винахідництва—є проява правого ухилу на практиці.

13) Тільки об'єднавши всі заходи оздоровного порядку в НКОЗ (будинки відпочинку, санаторії, курорти, фізкультуру, екскурсійну справу), можна забезпечити максимальний ефект од цих заходів.

Не відмовляючись від такого настановлення, треба, щоб уже тепер НКОЗ через УКУ та санаторно-курортовий сектор зміцнили вплив своєї компетенції на всю мережу відомчих оздоровних заходів так ту, що є в курортових місцевостях, як і поза ними. До цієї справи треба широко притягти місцеві курортові управління, як уповноважених НКОЗ. Цю роботу треба включити до місцевого пляну, — вона бо неменше обов'язкова, аніж основна робота куруправлінь.

14) Згадані завдання, перетворені в життя, повинні зробити наші курорти соціялістичними, що мусять розв'язати проблеми, які висуває перед курсправою доба соціялістичного наступу, та відограти ролю виличезного чинника оздоровлення праці й роботу широких трудящих мас.

III. Положення про організацію меддопомоги на українських курортах.

Організацію медичної допомоги на курортах провадиться лінією обслуговування а) санаторних, б) курсових, в) амбуляторних хворих.

А. Обслуговування санаторних хворих.

1) Санаторних хворих на курортах розподіляють по санаторіях, організованих з різних фахів залежно від характеру курорту.

а) На грязевих курортах утворюються санаторії: антропологічні — для хворих на суглобові хвороби; терапевтичні—для хворих на хвороби обміну речовин, шлунково-кишеч-

них та інші; хірургічні—для хворих із ураженням кісток на бурсити, фібіти тощо: гінекологічні—для гінекологічних хворих; нервові—для захворілих на нервову сістему.

б) На кліматичних курортах: терапевтичні — санаторії для терапевтичних хворих з відділками для шлунково-кишкових і серцевих хворих; нервові — для нервових хворих; дитячий санаторій з відділками для кістково-туберкульозних з иронхоаданітами тощо.

в) На бальнеологічних курортах — утворюються залежно від характеру курорту такі відділки: шлунково-кишковий, урологічний, нервовий, гінекологічний та серцевий.

Примітка: На великих курортах ріжні відділки зосереджують в одній санаторії.

г) На туберкульозних кліматичних станціях — санаторії для туберкульозних хворих мають відділки або окремі палати для відкритих і закритих форм легеневої туберкульози, можливо ізольовані одна від одної.

2) Крім розподілу санаторій за медичними показаннями, на великих курортах (Куяльнік, Слов'янське) санаторії ще розподіляють також і за професійними показниками. Хворих одної профспілки, робітників і службовців, металістів або гірників з терапевтичними захворуваннями вміщують в один відділок терапевтичної санаторії; гірників утримують в другому відділкові.

3) Лікувальну допомогу надає завідатель та орендатори. Завідатель відділку є лікар-лікувальник, що відповідає за лікування хворих та керує відділком на 150 ліжок. До його обов'язків належить оглядати хворих не менш 1 разу на тиждень, визначати лікування, харчування й режим, дозирати хворих, згідно з положенням про внутрішній розпорядок у санаторії, керувати роботою ординаторів, брати участь у консультаціях санаторних хворих.

Ординатор санаторії оглядає хворих та лікує їх під керівництвом завідателя відділку, стежить за додержуванням хворими санаторного режиму, призначеного лікування та харчування, оглядає хворих, наглядає на потрібні випадки, як приймають хорі міцнодійні процедури в грязелікарні й ванних будівлях (вуглекислі ванни); регулярно дозирає хворих свого відділку й вартує в санаторії згідно з положенням про внутрішній розпорядок. Кількість ординаторів у санаторії вираховується: в нервових і туберкульозних санаторіях—1 лікар на 40 чол., у відділках—1 лікар на 50 хворих.

Крім завідателя та ординатора, в санаторіях, що мають 200 ліжок, встановлюється посаду асистента, що відає самостійно хворих відділку на 50 ліжок та консультує на потрібні випадки із завідателем відділку санаторії.

4) Консультацію санаторних хворих провадять зав. відділку та асистенти санаторій або лікарі поліклініки з допоміжних фахів (ляринголог, венеролог, окуліст). Залежно від складу зав. відділків та їхнього курортового стажу на курортах можна утворювати консультації із спеціяльно запрошених кваліфікованих консультантів, що їхній склад та кількість визначається за характером курорту.

5) В санаторії можна допускати лікарів і студентів-медиків, щоб проходили вони практику під доглядом ординаторів. Перекладати обов'язки ординаторів на практикантів не дозволяється. Практиканти провадять заняття за спеціяльним програмом, що затверджує НКОЗ.

6) Лябораторну допомогу санаторним хворим надають у центральних ляболаторіях курорти. Щождо санаторій, то там утворюють спрощеного типу ляборагорії для висліджувань сечі (без мікроскопічного вислідування), для реакції осадження еритроцитів та вислідування шлункового соку. По санаторіях спеціяльного призначення та особливо кваліфікованих, так само як і в клінічних відділках, утворюються самостійні ляболаторії.

7) Електро-світло-водолікувальні, рентгенівські та інші лікпроцедури відпускають санаторним хворим з призначення санаторних лікарів у загально-курортних установах — масаж, ін'екції та інші спеціяльні призначення провадять у санаторії.

Усі процедури призначають на підставі загальних норм, що їх затвердив УКУ. Ці норми можуть змінювати залежно від характеру та складу хворих та регулювати медичні конференції. Встановлені норми не повинні обмежувати лікаря в його призначеннях і водночас повинні обмежити поліпрагмацію, що спостерігається на курортах. Нагляд за відпуском хворим міцнодійних процедур, грязевих, вуглекислих ванн, в грязелікарнях та ванних приміщеннях здійснюють санаторні ординатори, причому кількість і склад хворих, що підлягають нагдядові в грязелікарні, встановлює завідатель відділку. По грязелікарнях встановлюється спеціяльні години, підчас яких всіх хворих, що їх треба доглядати, напрямлюється приймати ванни. Ординаторів санаторії інструктує в грязелікарні завідатель її, що керує всією справою нагляду в грязелікарні.

8) По спеціяльних санаторіях для нервових і туберкульозних хворих організується запровадження трудових процесів під керівництвом спеціяльного інструктора. Характер трудових процесів, дозування, форми запровадження встановлює лікар, що лікує. Трудові процеси провадяться в спеціяльних приміщеннях і майстернях або на відкритому повітрі (рубання дров, пиляння, роботи в паркові, липлення, плетіння, палатурна робота, креслення тощо).

9) Запровадження санаторними хворими режиму регулюється через призначення завідателя відділку залежно від характеру й стану хвороби санаторного хворого. По санаторіях, що їхній склад хворих не вимагає спеціяльних призначень щодо режиму, встановлюється загальний режим у санаторії (лише відносно окремих хворих складається спеціяльні вимоги). У спеціяльних санаторіях встановлюється індивідуальне та групове запровадження санаторного режиму за точно визначеними вимогами залежно від характеру захорування. Про всі зміни та призначення санаторного режиму ординатор санаторії записує в курортову книжку.

10) На всіх санаторних хворих ведеться історії хвороби, до якої записують так статус, як і перебіг хвороби. Історію хвороби ведуть ординатори під доглядом зав. відділків. Дані кожного огляду, що провів завідатель відділку записуються в історію хвороби й кожного разу завідатель підписує. Усі історії хвороби треба записувати повно; догляд ведення цих записів покладається на головлікаря. Опріч історії хвороби, санаторному хворому видають курортову книжку, до якої зав. відділку записує все призначене щодо лікування режиму, харчування тощо. Форму курортової книжки для всіх курортів встановлюється залежно від характеру курорта або санаторії.

11) Щоб встановити зв'язок курорту та окремих санаторій із динспансерами та поліклініками та для диспансеризації курортних хворих, встановлюється обмінні санаторно-курортові картки між поліклініками та іншими курортами. Обмінні картки, подані з поліклінік, правлять за матеріял, щоб орієнтувати лікаря - лікувальника на курорті. Обмінні картки, що подаються з курорту до лікустанови за місцем мешкання хворого, правлять за матеріял для дальшого спостереження та лікування хворого. Справу заповнювання обмінних карток покладається на ординаторів санаторії. Обмінні-ж картки, що з курортів, після перегляду їх (карток) завідателем медичної частини курорту, передаються на відповідні адреси.

12) Окремі санаторії та клінічні відділки на курортах встановлюють безпосередній зв'язок з інститутами, диспансерами або поліклініками, ще є в великих промислових центрах, і в такому разі хворих, відряджених на курорт із цих установ, вміщують в дану санаторію. На той випадок, якщо на курорт відряджено диспансеризованих хворих для запровадження наукових робіт, хворих беруть на спеціяльний облік, історії хвороб та обмінні картки на цих хворих заповнюють особливо старанно; всі потрібні досліджування, — ляборáторні, рентгенівські тощо – провадять з належною повнотою. Історії хвороби всіх диспансеризованих хрорих і статистичні картки зберігають окремо: вони правлять за матеріял для дальшого розроблювання.

13) Щоб установити об'єктивні результати хворих на курортах, утворюються кабінети обліку, що досліджують за спеціяльною формою так хворих, що вдруге прибувають на даний курорт, як і тих, що їх відряджують на курорти кабінети обліку з інших місць. Водночас кабінети обліку на курортах розроблюють спеціяльну методику об'єктивного обліку курортового лікування за даними встановлених безпосередніх наслідків.

14) Харчування санаторних хворих на курортах провадиться за спеціяльними схемами, що встановив проф. Певзнер, і в усіх санаторіях здійснюється диференціяція різних відділів залежно від характеру курорта. Характер і кількість ріжних харчів („столів") того або іншого курорту встановлюється залежно від характеру курорта.

По всіх курортах і спеціяльних санаторіях встановлюється посади лікарів-дієтетиків, що до їхніх завдань належить керувати настановленням дієтетичного харчування в санаторіях, встановлювати енергетичні показники харчування та фізіологічну цінність.

Щоб здійснювати загальне керівництво харчування на курортах, утворюються ради в справах харчування. Ради діють на основі спеціяльних інструкцій.

16) Призначати харчування та змінювати його повинен лікар санаторії; це записується в курортову книжку, в якій зазначається № призначуваних харчів. До обов'язків ординаторів належить наглядати за харчуванням у санаторіях; отже для цього підчас обідів в їдальні перебуває лікар санаторії.

17) Санітарно-освітню роботу в санаторіях провадять на засадах спеціяльних інструкцій головлікарі та ординатори санаторій. У кожній санаторії обов'язково влаштовується саносвітній куток, забезпечений спеціяльним обладнанням — плякатами, макетами залежно від характеру санаторії та складу її хворих. Саносвітробота в санаторіях має на меті вкорінювати хворим гігієнічні звички й править за один з найважливіших обов'язків медперсоналу санаторії.

18) Фізкультура в санаторіях є частина санаторного режиму; її провадять під керівництвом інструктора санаторії на основі спеціяльної інструкції. Інструктор виділяє хворих, що їм дозволяється фізкультура, розподіляє їх на групи та встановлює характер фізичних вправ для ріжних санаторних хворих — за вказівками ординатора санаторії. До обов'язків ординаторів належить стежити за тим, як провадить хворий призначувані йому справи.

Щоб керувати справою фізкультури в санаторіях, на курортах утворюється рада фізкультури, що діє на засадах спеціяльної інструкції.

19) Лікову допомогу санаторним хворим надають курортові аптеки за стандартними формулами, затвердженими від НКОЗ.

20) Положення про дитячу й туберкульозну допомогу санаторним хворим; справа обладнання санаторій, про штати, оргнізація спеціяльних приміщень,—це все встановлює спеціяльна інструкція.

Б. Обслуговування амбуляторних хворих.

1) Медичну допомогу амбуляторним хворим надають у поліклініках. Всі амбуляторні хворі дістають процедур і лікування виключно за курсовим лікуванням. Відпускати процедури (грязеві, рапні ванни, морські, електропроцедури тощо) одноразові без курсу не дозволяється. По поліклініках для лікування курсових хворих утворюються курсові відділки Щоб подавати лікарські поради та консультувати амбуляторних хворих, що не лікуються на курорті, в поліклініках є спеціяльні кабінети.

2) Курсове лікування складається з ріжних ванн, інших процедур, лікарської поради, медичних обслуговувань та аналіз. Залежно від характеру лікування змінюється тривалість курсу: для грязевого лікування 35 днів, для рапного 35 днів, для морських ванн 10 днів, для електропроцедур — 10 днів.

3) Медичну допомогу курсовим хворим надають у курсовому відділку поліклініки, що існує на підставі окремих пунктів, що про них зазначено нижче.

4) Курсові хворі користують з лікування на курортах на тих самих засадах, що й санаторні хворі. Їм відпускають процедури за курортовими книжками, згідно з призначенням лікарів.

5) Для курсових хворих утворюються на курортах пансіонати, туртожитку, дачі, що їх обслуговує спеціяльний персонал. Курсових хворих харчують або в дієтетичних їдальнях курупраслвіння, або ж хворих приписують до санаторій.

6) На кожному курорті утворюються дієтетичні їдальні, що харчують курсових та інших амбуляторних хворих. Дієтїдальні утворюються за типом санаторних їдалень; ними керує спеціяльний лікар-дієтетик. Загальне керівництво дієтїдальнями належить завідателеві справи курлікування на курорті.

7) Усе керівництво організацією курсового лікування зосереджується в спеціяльного завідателя курвідділку (цей завідатель може водночас бути й директором поліклініки). На невеличких курортах цю організацію та керівництво цією справою покладають на головолікаря курорту.

8) Курсові відділки утворюються так для дорослих, як і для дітей, причому організація курсових відділків для дітей пов'язується з обслуговуванням дитячих майданчиків або денними санаторіями на курорті.

9) Курсові відділки обслуговують всіх курсових хворих, що лікуються в поліклініці. Відділки розподіляються за фахами (по 100 — 150 хворих) у складі завідателя, ординатора та сестри. На невеликих курортах ординатор обслуговує декільки відділків залежно від кількости хворих.

10) Хворих, що придбали курсові книжки, напрямлюють до того або іншого курсового відділку поліклініки; ординатор закріплює їх за своїм відділком, оглядає їх, складає історії хвороби та передає до завідателя відділку. У разі потреби хворих напрямлюють на лябораторні дослідження в лябораторію.

11) Завідатель відділку оглядає хворого один раз на 6-7 днів, призначаючи лікування. Ординатор наглядає за курсовими хворими щоденно, провадить потрібні маніпуляції, вимірює кров'яний тиск, провадить антропометричні вимірювання, на потрібні випадки стежить, як діють грязеві винни в грязелікарні. Для прийому курсовно хворих відводять спеціяльні кабінети для ординаторів і завідателя відділку. Прийом провадиться в установлені години, причому час, коли курсові хворі відвідують відділки регулює ординатор.

12) У тому разі, коли курсовий хворий, що мешкає в житловому фонді курорту або пансіонату, потрібує меддопомоги вдома, він звертається до поліклініки та його обслугове вує ординатор курсового відділку, до якого хворого приписано.

У разі потреби, ординатор має право викликати на консультацію завідателя відділку

13) При курсовому відділку влаштовується кімната для маніпуляції, де сестра провадить хворим упорскування, ін'екції, перев'язує, ставить банки, компреси тощо.

14) На всіх хворих поліклініки ведуть історію хвороби за встановленою формою.

15) Консультативні поради курсовим хворим дають консультаційні комісії, які утворюються на курортах із числа лікарів поліклініки. Консультації курсовим хворих регулює завідатель курслікування, а де такого немає, то директор поліклініки.

16) Курсові хворі за консультацію додатково грошей не сплачують. Амбулаторних хворих, що не лікуються на курорті, приймають в поліклініках звичайним порядком за встановленою платою. Таких хворих треба приймати після прийому курсових хворих. Останніх в поліклініці приймають першою чергою.

В. Оплата лікарів поліклініки

Лікарі поліклініки дістають твердої ставки за встановленою кількістю годин роботи — півробітного дня та повний робітний день. Підчас запрошення кожного лікаря встановлюються години його роботи.

Навантаження лікаря — по п'ять чоловіка на годину для терапевтів; хірургічних хворих — 6 чоловіка. Нормальний робочий день у поліклініці становить 5 годин.

Розподіл курсових хворих між лікарями курсових відділків провадиться через звичайне записування хворих, за захворуванням та згідно з їхнім бажанням.

У межах робітного часу лікар поліклініки за вказівкою директора останньої працює або в курсвідділкові або в консультаційній нараді На перероблювання лікарями понад встановленим підчас запрошення часом дає попередній дозвіл директор поліклініки. Додаткову переробку оплачується з розрахунку — погодинно.

IV. Інструкція про запровадження санмінімуму на курортах.

1) Щоб поліпшити санітарний стан та курортовий доброустрій, а також щоб здійснити найзвичайніші санітарно оздоровні заходи на курортах, вводиться нова метода роботи щодо санмінімуму.

2) Плян запровадження санмінімуму треба створити на базі максимального розвитку активности широких мас трудящих, пов'язавши роботу з міськими органами охорони здоров'я. У цій роботі бере участь не тільки курортове населення, але також і людність найближчих районів, колгоспів, промпідприємств, що входять у мережу санітарної охорони курортів. До цієї роботи треба притягувати робітників, службовців, партійні та професійні організації на курортах.

3) організацію справи боротьби за санмінімум покладається на санітарну організацію курорту, яка, погодивши це з профорганізацією, утворює центральний штаб для практичної роботи щодо запровадження санмінімуму. Склад і кількість членів штабу встановлюється залежно від місцевих умов. Штаб організує бриґади.

Бриґади організують за виробничим принципом, по окремих об'єктах курорту (санаторії, пансіонати, поліклініки, бальнеологічні установи, їдальні, місця загального користування тощо). Бриґади можуть охопити декільки однакових об'єктів. Штабу належить встановлювати кількість членів для кожної бриґади.

До кола роботи штабу в справах запровадження санмінімуму на курортах належить таке: а) розробляти плян і методи роботи бриґад так на терені курорту, як і в районі, що сумежить з курортом; б) організувати та інструктувати бригади, широко вживаючи метод соцзмагання та ударництва; в) широко популяризувати боротьбу за санмінімум, використовуючи для цього загальні збори, стінгазати, організуючи лекції в цьому питанні; г) контролювати роботу бригад; д) брати активну участь в здійснюванні (через відповідні організації курортів, РВК та міськради) потрібних заходів та асигнувань для поліпшення санітарно-епідеміологічного стану курортів.

5) Штаби та бригади подають звіт за свою роботу загальним зборам та вироб. нарадам.

7) До завдань санмінімуму належить таке: а) запроваджувати найпростіші заходи санобробки хворих, правильного функціонування лазень і прален, додержування чистоти в санаторіях, кухнях, їдальнях, парках, тощо; а) контролювати, як здійснювати догляд охорони джерел водопостачання, лікувальних озер, мінеральних джерел тощо; в) доглядати приставку продуктів, транспортувати інфекційних хворих; г) здійснювати догляд дезінфекційних заходів, вивоз покидів тощо).

8) Ідею про санмінімум треба широку популяризувати між курортними хворими, До циклу лекцій з саносвіти треба включити лекції на тему „про завдання санмінімуму"- Бриґади повинні стежити, щоб хворі підчас перебування на курорті засвоїли завдання санмінімуму. У стінгазеті треба створити відділ: „санмінімум у ділі".

V. Типове положення про права та обов'язки головлікаря (директора, завідателя) санаторії на Українських курортах

1. Головлікар (директор, завідатель,) санаторії є особа, що стоїть на чолі установи й цілком відповідає перед директором курорта за всю постановку справи в санаторії (медичну, санітарну та адміністратевно-господарчу), а також за доручене йому майно.

2. Будькі організації, установи та особи, крім цих органів та осіб, що їм це належить за чинними законоположеннями, не мають права втручатися в адміністративно-господарче та лікувальне життя й роботу санаторії.

3. Головлікар санаторії в своїй практичній роботі керується загальними законоположеннями, цим положенням та всіма директивами, що дає директор курорту. Директор ку-

рорту контролює та керує роботою санаторії, не порушуючи принципів одноначальности головлікаря санаторії,

IV. Головлікар санаторії керує та контролює роботу персонала за заздалегідь виробленим та погодженим із спілкою та інспектором праці внутрішнім розпорядком, стежачи за правильним запровадженням в життя цих правил.

V. Головлікар санаторії розробляє та подає директорові курорту на затвердження проєкт свого лікувального, експлоатаційного пляну, кошториси та інші пляни роботи.

VI. Головлікар санаторії відає справу підбору службовців своєї санаторії в межах, встановлених експляном і вказівок про це директора курорту.

VII. Головлікар санаторії роподіляє кредити санаторії в межах сум, затверджених експляном.

Примітки 1) Будьяких витрат по санаторії управління курорту не може провадити, не повідомивши головлікаря.

2) Змінювати затверджені ремонтні роботи, що стосуються санаторії, управління курорту може тільки з відому головлікаря санаторії, причому всі роботи треба виконувати відповідно до затвердженого технічного кошторису.

3) Забезпечувати санаторії обладн анням та інвентарем управління курорту може, погоджуючи справу з головлікарем санаторії згідно з передбаченими й затвердженими сумами.

4) Усі взаємні розрахунки з бальнеологічними та лікустановими курорту та з іншими установами головлікар санаторії провадить через бухгальтерію курорту.

VIII. Головлікарені підкоряються також і ті співробітники, що їх тимчасово прикомандировано до санторії.

IX. Головлікар санаторії здійснює встановлений для неї режим, причому в разі хворі не виконують правил, встановлених санаторно-курортним режимом, головлікар виписує хворого, повідомляючи про це директора курорту та відповідні організації.

X. Головлікар санаторії стверджує своїм підписом всі вимоги та заявки санаторії. Головлікар списує ріжне негодяще майно згідно з актом комісії, призначеної для данної санаторії.

XI. Головлікар з усіх лікувальних та адміністративно-господарчих питань звязується (листовно та персонально) з відповідними відділами та бюджетовими одиницями курорту.

XII. У частині медеко-санітарній на обов'язок головлікаря санаторії покладено:

1) керувати роботою всього медичного персоналу санаторії та наглядати за постановкою медобслуговування хворих, організувати сандогляд у санторії, а також запроваджувати саносвітроботу серед хворих;

2) бути завжди освідомленим про стан здоров'я хворих підпорядкованої санаторії

3) Запроваджувати всі заходи, що забезпечують хворих потрібним залежно від роду захорування, лікуванням та відповідним харчуванням.

XIII. Головлікар санаторії входить до складу науково-медичної ради курорту та є членом наради при директорі курорту з правом ухвального голосу.

XIV. Головлікар санаторії скликає періодично лікарські та адміністративно-господарчі наради в санаторіях.

XV. Головлікар санаторії на вимогу директора курорту подає періодичні звіти про діяльність санаторії, а також лікувальний, експлоатаційний та фінансово-касовий пляни за формами, що складає управління курорту.

XVI. Головлікар санаторії має право через директора курорту оскаржувати дію та розпорядження останього до Укркурупру, проте, не маючи права припиняти розпорядження директора курорту,

XVII. Головлікаря санаторії (директора, завідателя) призначає та звільняє директор курорту.

VI. Питання раціоналізації на курортах.

(*Витяг із постанови*).

1) Справа раціоналізації на курортах не опанувала того місця, яке їй належить. Раціоналізація не тільки не є основна функція в роботі курортів, але її навіть зовсім не вживається на всіх ділянках роботи курортів. Директиви партії та Уряду проходять в цій справі осторонь роботи на курортах. Ті ж раціоналізаційні заходи, що розпорошені подекуди, не втілюються в інших місцях. Взагалі справа поліпшення обслуговування робітничої кляси — та колективізованого сектору села значно відстає від розвитку та будівництва промисловости й соціялістичного сектору сільського господарства. Поточний рік — 3-й вирішальний рік п'ятирічки, є водночас рік соціялістичної раціоналізації. Справу раціоналізації треба поставити на чолі та перетворити її на головну функцію роботи курортів та їхніх окремих частин.

2) За перші кроки в раціоналізаційній роботі на курортах повинні бути пекучі питання повсякденної роботи, зокрема, ті що зв'язані з підготуванням до відкриття та запровадження літнього сезону: забезпечити єдиною первісною документацією, розробити порядок того, як проходить хворий з моменту приїзду до часу від'їзда (санобробка напрям до санаторії, пансіонату, медогляд, розташування хворих, їхні обов'язки, ознайомлення хворих із санаторно-курортним режимом, як напрямлювати хворого до поліклініки, до лікустанов, бальнеустанов тощо), підготувати приміщення організувати харчування та культобслуговування хворих, удосконалення відпуску процедур тощо.

3) Детально обговоривши всі пропозиції серед широких мас працьовників курорту. після того, як їх затвердять відповідні адміністративні особи, треба добре підготовлені заходи з початку сезону вже втілювати в роботу щодо обслуговування хворих. Завданням так адміністрації, як і окремих співробітників є уважно ставитися до раціоналізаційних заходів, що їх розроблено для найскорішого реагування на виявлені недоліки, маючи на меті як найскоріше виправляти всі хиби. Треба звернути найсерйознішу увагу на втілення раціоналізаційних заходів, щоб тут уникнути можливих перекручень, недостатнього розуміння вживаних заходів, боротися із можливим шкідництвом та опором запровадження раціоналізації.

4) Перед куруправою та їхніми частинами, крім вищезазначених завдань, стоять що питання раціоналізації паросилового господарства, механічної подачі грязи до ванн. Ще й досі, не зважаючи на те, що в нас бракує вугілля вищої якости, його витрачають на курортах надто багато, а навколо вивчання тепло-силового господарства на курортах ніхто не заходиться. Треба на цей рік руба поставити питання про втілювання заходів щодо використання нижчих сортів палива, переходу на місцеве паливо (наприклад — торф) прагнучи дійти можливо цілковитого згорання палива в казанах.

Так само стоїть справа і з грязевим господарством: тут панують безладдя, безгосподарність та цілковита відсутність раціоналізаційної роботи Треба скерувати думку курортних працьовників на конструкцію грязевих регенераційних басейнів, на вивчання очистки їх, здобування з них грязи, а також на способи нагрівання грязи, на раціоналізацію типів для гряземішалок.

Саме тепер після перебудови всього радянського апарату та чистки його від ворожого елементу, від носіїв бюрократизму, тяганини, що перекручували директиви партії та уряду неменш важливого політичного значення набуває справа побудови внутрішньої системи й техніки роботи куруправлінь, санаторій та лікустанов. Цю роботу треба збудувати за системою відповідальних виконавців, а перебудову цих апаратів треба застосувати до вимог 3-го вирішального року п'ятирічки й на цілковите виконання постанов партії та Уряду.

6) До всієї раціоналізаційної роботи треба обов'язково притягувати громадськість на курортах. Широке вживання соцзмагання між окремими курортами, між санаторіями, між групами працьовників, боротьба за раціоналізацію, втілювання удосконалених метод роботи через ударництво та самобілізацію — оце все є запорукою, що 3-й вирішальний рік ми позначимо перебільшенням програми й на раціоналізаційному фронті.

На преміювання найкращих раціоналізаційних пропозицій треба виділити спеціяльний фонд.

7) Бюра раціоналізації утворюються на одеському та слов'янському курортах, де виділяється спеціяльна робота щодо раціоналізації. В решті курортів утворюються комісії раціоналізації' стандартизації, та винахідництва.

8) На кожному курорті виділяється досвідну ділянку для запровадження показової роботи.

Нарада відзначила раціоналізаційну роботу, що її проведено в Слов'янському 1930 року в справі переходу на 34-дений курс лікування, а також переходу низки курортів на функціонування протягом цілого року.

Відповідальний редактор **С. І. Канторович**

ДВОУ УПП. 7 Друкарня ім. Фрунзе. Харків, Донець-Захарж., 6.

Укрголовліт 107-жб. Зам. 577. Прим. 6 800

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 7-й

Редація: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 12-15 | **30 червня 1931 року** | **№ 12-15**

Харківська Держ. Бібліотека ім. В. Г. Короленка

З М І С Т

I. Рапорт третьої робітничої поліклініки м. Харкова про виконання п'ятирічного пляну в $2^1/_2$ роки (додано постанову колегії НКОЗ на цей рапорт).

II. Офіційна частина. Організаційна частина. Кадри. 121. Про відомості, щодо мережі установ та асиґнувань на них із місцевого бюджету (додано показника на 1931 р.). **122.** Про стан українізації апарату на місцях (додано форму звіта). **123.** Устава про позаштатних інспекторів НКОЗ. **124.** Зміни та додатки до обіжника НКП УСРР про зарплату медрабітників. **125.** Про виконання постанов Уряду щодо поліпшення побутового стану медперсонала. **126.** Про відпуск заочників на практичні заняття. **127.** Про виправлення невірностей оподаткування лікарів. **128.** Про неприпустимість скорочення посад санлікарів. **129.** Про прикріплення аспірантів на харчування. **130.** Випускників розподіляє тільки сектор кадрів. **131.** Про боротьбу із чварами між медробітниками. Охматдит. **132.** Оздоровробота серед дітей і підлітків на транспорті провадиться окремо. **133.** Про заходи боротьби з літніми проносами. **134.** Про фінансування дитзакладів споживкооперації. **135.** Про організацію активу колгоспниць по яслах. **136.** Про організацію ясел у цукрових радгоспах (додано угоду із Союзцукром). **137.** Об отчислениях на содержание яслей при строительствах. **138.** Про розширення ясельної мережі в містах і про реорганізацію платних ясел. Оздоровлення праці. Промсанітарія. **139.** Про медичний огляд робітників шкідливих професій. **140.** Про медогляд робітників, що їдуть на роботу в Донбас (додано правила НКП про попередній огляд, а також список протипоказань, що перешкоджають прийому на роботу). **141** Про реєстрацію, профотруїнь і профзахорувань, додано інструкцію а також зразки карток обліку). **142.** Про висвітлювання роботи профзахбюр. в пресі та на зборах. Оздоровлення побуту. Боротьба з епідеміями. **143** Санправила влаштування закритих розподільників. **144.** Санмінімум громадського харчування підчас жнив (додано правила. **145** Із резолюцій наради з дезосправи. **146.** Про збирання та транспортування трупів тварин. **147.** Зразки щепільних карток. Саносвіта. **148.** Про організацію гігієнічних консультацій. **149** Про радіофікацію санкультроботи. **150.** Про схов та використання саносвітнього майна. Лікувально-профілактична частина. **151.** Про медобслуговування безперервки та семигодинки. **152.** Про медобслуговування ударників. **152-а.** Перевірити забезпечення жнив захисними окулярами. **153.** Про медобслуговування робітників підприємств Наркомпостачання. **154.** Про обслуговування членів промкооперації. **155.** Устава рад боротьби з тубзахворуваннями. **156.** Устава взаємовідносин між туб. і вендиспансерами та відповідними інститутами. **157.** Про ремонт і збирання медінструментарія.

III. Із діяльности Наркомздоров'я УСРР та його секторів. 1. Про медсанобслуговування Донбаса. 2. Організація лікарень — ВИШ'ів. 3. Із постанов наради головлікарів психлікарень. 4. Єдиний фінансовий плян НКОЗ на 1931 рік. 5. У надзвичайній комісії боротьби з епідеміями. 6. Із постанов наради сектора науки НКОЗ. 7. Про досвід міських конференцій охматдиту.

IУ. Із діяльности Наркомздоров'я РСФРР.

У. Об'яви та оголошення. 1 — 3. Про медробітників-дезертирів. 2. Дані досліджень подавати одночасно з відрядження самого хворого. 4. Конкурси. 5. Про винахід лікаря Р .А. Булгача. 6. Медновинки Укркнигоцентру. 7. Про заочні курсы з діялектики в медицине.

Плян перекваліфікації та підвищення кваліфікації на IУ кв. 1931 р.

ОД РЕДАКЦІЇ: Цей нумер бюлетеня з провини друкарні та інших технічних причин спізнився. Дальші ч.ч. виходитимуть регулярніше.

Виправлення друкарських помилок

У попередньому № бюлетеня НКОЗ (№ 10-11) через технічний недогляд трапилося декілька прикрих помилок, які редакція просить виправити:

1. Заголовок обіжника № 95 на сторінці 276 треба читати так: „**Про спецкошти по установах**".

2. В обіжному листі № 117 („Про роботу в галузі боротьби з браком") у рядкові 5 після слів „й організаційно-виробничого порядку" **повинно бути**: „ледарство, неохайне ставлення до роботи, а подекуди навіть і шкідництво".

3. У додаткові „Про роботу на курортах УСРР" на стор. 318, рядок 2 знизу замість слова „антропологічні" **повинно бути „артрологічні"**.

4. Там же на стор. 319, рядок 18 зверху замість слова „орендатори" **повинно бути „ординатори"**.

Третя робітнича поліклініка м. Харкова виконала п'ятирічку в $2^1/_2$ роки!

Завдання медобслуговування робітників, Червонозаводського району м. Харкова виконано з перевищенням!

Наслідуйте приклад III-ї робітничої поліклініки м. Харкова!

I. РАПОРТ

На час будування нашої поліклініки перед нами було поставлено виконати на кінець п'ятирічки такі завдання (наводимо в кількісних показниках):

1) Охопити 40 тис. застрахованих.

2) Забезпечити пропускову спроможність на день 4.000 чол.

3) Забезпечити перепускову спроможність по найбільшому фізіо-терапевтичному відділкові в 2.500 процедур.

Отже, тепер рапортуємо, що минуло $2^1/_2$ роки, і це завдання виконано так:

1) Поліклініка обслуговує 90 тис. робітників і членів їхніх сімей, з них 65 тисяч становлять робітники метальобробної промисловости, ще працюють на підприємствах нашого району.

2) Пересічно щодня протягом останнього півроку з (1-X 1930 р. до 1-IV 1931 р.)—перепускаємо 4.433 чол.

Денна кількість процедур у фізіо-терапевтичній філії на 1 червня 1931 р. становить 2.500.

Наші якісні показники:

1) Президія міськради на засіданні 20 травня 1931 р. на нашу доповідь ухвалила: „Провадячи величезну роботу, поліклініка взагалі і в цілому виконувала директиви ЦК ВКП(б) від грудня 1929 року. Перехід на

систему єдиного диспансеру з самого початку поліклініка запроваджує, ураховуючи потреби робітників незалежно від місца проживання робітників, провадячи водночас перетворення заводської мед. сан. організації на медсанцех. Головнм завданням останніх є всіма засобами сприяти підприємству в справі закріплення здоров'я і працездатности робітників для успішнішого виконання промфінпляну".

2) Клясове обслуговування відбивалось в таких головних показниках.

А. Виходячи із змін, що сталися на промислових гігантах, що їх ми обслуговуємо, ми перші в Союзі розпочали перебудову заводської медсанорганізації; ввели добові чергування лікарів; диференціювали першу допомогу на підприємстві (лікарі терапевти, лікарі хірурги, лікарі окулісти й одонтологи); наблизили допомогу аж до варстату та утворили цехові лікарські пункти.

Б. Обернули заводську медсанорганізацію напрямком задоволення потреб підприємства та питань оздоровлення праці, на всіх підприємствах працюють промсанлікарі, організовано дієтфілії при заводських їдальнях—під доглядом спец. лікарів дієтетиків, утворено комісії в справах перводу робітників на іншу роботу та огляду тих, що вперше вступають на підприємство за принципами профдобору. Бюро техніки безпеки має певний зв'язок з нашими медсанорганізаціями. Спільно із заводськими організаціями проведено величезну проф. гігієнічну оздоровну роботу в цехах.

В. Розпочали ми дальшу реконструкцію заводської медсанорганізації, переводячи її в медсанцех підприємства, включаючи до нього всі елементи на охорону здоров'я робітників на підприємтві та пов'язуючи плян роботи мед. сан. цеху з окремими цехами заводу.

Г. Утворили сигнально-оперативну статистику обліку захворувань та травматизму на підприємстві, щоб своєчасно виявляти підвищені показники і запроваджувати оздоровні заходи на зниження захворувань.

Д. Поширивши та реорганізувавши нашу заводську мережу, ми розпочали організацію єдиного диспансеру. Участкову роботу організовано за принципами клясової диференціяції окремих участків.

Е. Із відвідувачів нашої мережі та обслуговуваних нею робітники становлять (у %%) таке:

Дієтідальня	100%
Фізіотерапевтичний стаціонар	95 „
Загально-лікарський прийом	91 „
Дитяча оздоровна кампанія	86,5%
Патронажно-обслідувательний апарат єдиного диспансеру	86,2%

У групі робітників відокремлюються ударники для першочергового прийому та обслуговування.

3) В обслуговуванні дорослих профілактична робота становить 60%, а в обслуговуванні дітей та підлітків 73%.

Ми перші організували будинок відпочинку 5 дня для підлітків ФЗУ і розгорнули дитячу оздоровчу кампанію з охопленням 1.500 дітей, відкрили денну дитячу санаторію на 150 дітей і нічну санаторію на 50 дітей.

4) Протягом одного року в усіх філіях нашого диспансерно-поліклінічного комбінату підвищувало кваліфікацію 557 лікарів. Проведено курси для сестер і реєстраторів єдиного диспансера для лікпомів фізіотерапевтичної філії, відбулося 11 наукових лікарських конференцій.

Видано 1 збірник „Методика й практика диспансеризації" і підготовлено до друку три збірники. Надруковано в різних виданнях ССРР та закордоном 35 наукових робіт. На базі нашої поліклініки працюють інститут курортології та фізіо-терапії, інститут удосконалення лікарів, інститут охорони здоров'я і новий МедВИШ-лікарня.

Ми консультуємо багато організаціям охорони здоров'я УСРР і іншим республікам, а також і Тракторобуду з різних питань організації охорони здоров'я.

5) Із 1.080 чол. нашого штату охоплено ударництвом 687 чол.

6) Раціоналізацію здійснюємо ми переважно в наших виробничих процесах. Ми ліквідували черги. Ми ввели одноразове лікування цілої низки зубних захворювань, ми об'єднали нашу аптеку з аптекою 2 радлікарні, збільшили кількість рецептів і зменшили вартість окремого рецепту; удосконалили цілу низку апаратури і технічне встаткування.

Повідомляючи за дорученням виробничої наради та президії КОПІП'у про ці показники нашої роботи на виконання та часткове перевиконання нами п'ятилітнього пляну в $2^1/_2$ роки, ми запевняємо, що й надалі роботу на відповідальній дільниці роботи соціялістичного будівництва в галузі оздоровлення та охорони здоров'я трудящих на забезпечення виробничо-фінансових плянів ми проведитимемо вперто та енергійно.

Директор поліклініки **Ліберман, І. А.**
Секретар партосередку **Ермолінська**
Голова місцевкому **Мартинова**
Голова КОПІП'у **Богомолов**

Колегія Наркомздоров'я відзначила похвалою роботу колектива третьої поліклініки

Колегія відзначила дружню, надзвичайно велику роботу, що проведено в поліклініці під керівництвом адміністрації, партосередку, місцевого комітету і КОПІП'у.

Відзначено також велику роботу, що виконав тов. Вороб'євський в розумінні організації роботи та гарного обслуговування робітників Червонозаводського району.

Від Наркомздоров'я оголошено в наказі подяку директорові поліклініки д-ру Ліберманові та всьому колективу за велику корисну роботу, скеровану на найкраще обслуговування робітництва Червонозаводського району.

На відзнаку виконання поліклінікою свого п'ятилітнього пляну в $2^1/_2$ роки, Наркомздоров'я нагородив поліклініку червоним прапором. Для преміювання окремих робітників поліклініки, що особливо відзначилися своєю гарною роботою на виконання пляну, колегія виділила 5000 карб. Цю нагороду розподілено насамперед між ударниками колективу.

Далі колегія ухвалила ще низку постанов щодо відзначення гарної роботи 3 поліклініки, як-от:

1. Диспансер, що його утворено на базі поліклініки, виділяється, як показовий. Перед колективом 3 полікніки поставлено питання про те, щоб узяв він шефство над двома поліклініками Донбасу

2 Через інститут патології та гігієни праці й здоровоохорони при поліклініці утворюється Всеукр. музей здоровоохорони.

3. При 3-й поліклініці організується досвідна станція в справах раціоналізації роботи.

4. Харківській секції охорони здоров'я колегія запропонувала урахувати потреби 3 поліклініки в розумінні повнішого забезпечення її коштами. Таку саму директиву дано й фінансово-бюджетовій групі Наркомздоров'я *).

Далі колегія встановила перехідний прапор, що ним нагороджуватимуться найкращі медсанустанови.

Через газету „Укр. Медробітник" оголошується переклик організацій і медустанов з звітами та висновками про їхню роботу.

*) Більшість постанов уже виконано—Ред.

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ.

121. Про подання відомостей щодо мережі установ та асигнувань на них із місцевого бюджету

(Окремо не надіслано).

До всіх голів секцій охорони здоров'я, до всіх райздоровінспекторів

Плянсектор НКОЗ розробив розподіл приросту на 1931 р. (проти 1929-30 року) нової мережі установ та асигнування на заходи по кожному району України, причому що саме передбачалося ввести по Вашому місту (району) повідомлено було ще 16 січня 1931 р. за № 25010. (Продовження див. стор. 330).

Показники місцевого бюджету на 1931 р.

№№ чергові	Назва лікарень	1929-30 р.	Окремий квартал	1931 рік			1932 рік	
		За призначенням		Вирахов. РВК	Запроєкт. НКФ	Фактич. затвер. РВК	Запроєкт. РВК	Запроєкт. НКОЗ
1	Кількість лікарень							
2	В них ліжок							
3	В тому числі пологових . . .							
4	Кількість населення, що припадає на 1 ліжко							
5	Кількість амбуляторій . . .							
6	В них пологов. ліжок							
7	Кількість фельдшер. пунк. . .							
8	„ акушерськ пунктів							
9	„ самост. зубкабінетів .							
10	„ тубдиспансерів . .							
11	У них ліжок							
12	Кількість тубпунктів							
13	„ вендиспансерів . .							
14	„ венпунктів . . .							
15	„ дитконсультацій . .							
16	Сума асигн. ясельн. кампан.							
17	Кількість постійн. ясел . . .							
18	В них дітей							
19	Кількість сезон. ясел							
20	В них дітей							
21	Кількість будинк. немовлят .							
22	В них утриманців							
23	Кількість санбаклабораторій							
24	„ пастер. пунктів . .							
25	„ санлікарів							
26	„ шк. саніт. лікарів .							
17	„ виїздів (по всіх уст.)							
28	„ лікарів (по всіх уст.)							
29	Сума асигн. з епідфонду . .							

Підпис райздоровінспектора

Рахівник

В процесі розгляду контрольних чисел 1931 р. було встановлено, що по деяких бюджетових одиницях основним проєктом приросту не передбачено деяких нових установ, що їх фактично відкрито або ще протягом 1929-30 в. або в окремому кварталі.

Через це підчас затвердження контрольних чисел в НКФ, до основного приросту вводились відповідні корективи та відпускались кошти на утримання цих установ.

Крім того, підчас переговорів з представниками районів встановлено, що в окремих районах, з накресленого НКОЗ приросту нових установ або заходів, за місцевими умовами, деяких не буде здійснено, а подекуди замість них буде введено нові установи. Отже, основний проєкт розподілу прироста значно змінився і остаточного варіянту розподілу плянсектор не має.

Зважаючи на те, що остаточний варіянт розподілу приросту 1931 р. має вирішальне значення при складанні контрольних чисел та розподілу приросту на 1932 р., плянсектор НКОЗ пропонує негайно подати йому відомості про мережу установ та заходи лише за місцевим бюджетом згідно з доданою формою.

Попереджуємо, що неподання цих відомостей прозавить НКОЗ змоги запроєктувати на 1932 р. будьякий приріст по Вашому району.

Заст. керів. плянсектору **Довбіщенко**
Референт **Любицький**

(Лист НКОЗ ч. 250-11 з 20 червня 1931 р.).

122. Подати відомості про стан українізації апарату на місцях

До всіх райздоровінспекторів, зав. відділів охорони здоров'я при міськрадах та директорів наукових і науково-дослідних інститутів

Копія—бюро партосередку та місцевкому НКОЗ

Комісія в справах українізації при НКОЗ УСРР, що її утворено згідно з наказом по НКОЗ з 8-III—31 р. № 22 здійснюючи керівництво справою українізації на периферії просить Вас **протягом двох декад з дня одержання цього** подати такі відомості:

1. Загальна кількість співробітників у підлеглих Вам медсанустановах з росподілом на тих, хто знає укрмову і хто не знає (крім молодшого персоналу).
2. Яких заходів вжили керівники цих установ у справі поглиблення українізації й удосконалення укрмови співробітників, що знають її, а також, що зроблено і яку роботу провадиться серед тих співробітників, що укрмови не знають.
3. Чи були випадки звільнення співробітників з роботи в цих установах за незнання укрмови і скільки.
4. Конкретні заходи, що їх перевели ці установи в галузі національно-культурного будівництва та в практичній роботі в справі українізації.
5. Відзначити всі недоліки, що перешкоджали справі українізації й переведенню практичних заходів у галузі національно-культурного будівництва у підлеглих Вам установах.

Додаток: Наказ по НКДЗУ 8-III—31 р. № 22 і орієнтовна схема відповіді.

Голова комісії в справах українізації при НКОЗ **Приходько**
Відповідальний секретар **Віленко**

(Обіжне розп. комісії в спр. укр. з 25 червня 1931 р.).

№№	Назва району	Загальна кількість медсан., наукових та науково-дослідних установ	Загальна кількість співробітників у зазначених установах (крім мол. персоналу)	З них		Чи є гуртки укрмови, скільки їх та кількість відвідувачів	Скільки осіб звільнено за незнання укрмови	Примітка
				Знають укрмову	Не знають			

Затверджено: С Канторовіч

123. УСТАВА
про позаштатних інспекторів НКОЗ на периферії

В умовах переходу на двоступневу систему управління труднощі охоплення живим зв'язком та інструктажем значної кількости районів та міст ще більш ускладняются відсутністю достатнього кадру інспекторів НКОЗ.

Щоб зміцнити зв'язок із районами та містами, крім штатних інспекторів, при оргсекторі НКОЗ встановлюються дві групи позаштатних інспекторів Наркомздоров'я 1) позаштатні інспектори, що їх прикріплено до окремих груп районів; 2) група позаштатних інспекторів, що використовуються НКОЗ для окремих доручень, переведення епізодичних обслідувань та інспектування за завданнмих секторів НКОЗ.

Позаштатні інспектори НКОЗ призначаются з тих робітників, що мають достатній досвід в питаннях здоровоохорони, колишні округжні інспектори, головлікарі великих лікарень, робітники наукових ін-тів та інш.

I. Обов'язки позаштатних інспекторів НКОЗ

До обов'язків позаштатних інспекторів належить:

1) допомагати райздоровінспекторам та секціям охорони здоров'я в справі організації виконання плянів медсанроботи;

2) інспектувати та інструктувати райздоровінспекторів, голів секцій здоровоохорони та окремі медсанустанови;

3) перевіряти виконання окремими райздоровінспекторами, секціями охорони здоров'я та керівниками медсанустанов директив, постанов та інструкцій НКОЗ;

4) притягати громадську суспільність навколо питань здоровоохорони, а також медсанробітників міста та району до господ. політичних кампаній:

5) за матеріялами обслідування робити доповіді на колегії НКОЗ та на внутрішніх нарадах секторів НКОЗ та висвітлювати в пресі й бюлетені питання здоровоохорони;

6) вносити з власної ініціятиви на розгляд секторів та колегії НКОЗ питання про нові заходи в галузі здоровоохорони;

7) вивчати окремі питання здоровоохорони та виконувати різні доручення за завданнями НКОЗ;

8) повернувшись з відрядження негайно подавати відомості та докладний листовний звіт про переведену роботу.

II. Права позаштатних інспекторів

Щоб здійснити зазначені завдання, позаштатні інспектори НКОЗ мають право:

1) підчас різних обслідувань вимагати від окремих райздоровінспекторів та секцій здоровоохорони потрібні їм матеріяли та статистичні відомості, що стосуются роботи й діяльности райздоровінспектора, секцій здоровоохорони і окремих медсанустанов;

2) підчас обслідування та інспектування давати різні інструктивні вказівки на підставі відповідних постанов НКОЗ та вищих органів;

3) самостійно розв'язувати окремі питання в межах його компентенції, на підставі постанов і окремих розпоряджень НКОЗ і чинного законодавства;

4) притягувати на місцях робітничі бриґади, окремих робітників, а також парт, проф. і громадські органи за погодженням з ними,

5) скликати конференції медробітників й ставити на них доповіді так про безпосередні доручення НКОЗ та про наслідки переведеного обслідування, як і доповіді керівників окремих медсанустанов;

6) звертатись від свого імени, як відповідального виконавця НКОЗ, до місцевих установ та організацій району, ставити перед ним на обговорення та розв'язання так окремі питання, що виникли підчас обслідування, як і доповіді про стан здоровоохорони;

7) брати участь так організації, як і в роботі міжрайонних нарад.

III. Відповідальність позаштатних інспекторів НКОЗ за виконання покладених на них обов'язків

Позаштатні інспектори НКОЗ відповідают за:

1) правильне розв'язання на місцях питання здоровоохорони;

2) своєчасну й правильну інформацію НКОЗ в питаннях стану роботи здоровоохорони в місцях обслідування;

3) своєчасне й цілковите виконання покладених на них персональних доручень НКОЗ;

4) повноту, якість та правильність поданих матеріялів про стан справи здоровоохорони.

124. Деякі зміни та додатки до обіжника НКПРАЦІ УСРР про зарплату медробітників (див. бюлетень НКОЗ № 8-9 ц. р.)

1. Про зарплату санлікарів Донбасу

На додаток до постанови НКП УСРР № 64 з 20-IV—31 р. „Про зарплатню медробітників" повідомляється, що увага II до зазначеної постанови **про оплату санлікарів** скасовується та замість неї встановлюється таке:

Увага II. Медробітники, що працюють в санітарних організаціяхДонбасу та Криворіжжя одержують зарплатню відповідно до постанови РНК УСРР з 3 квітня 1930 р., а саме:

а) Лікарі: санітарні, районові, міські, епідеміологи, житлово-санітарні, санітарно-харчові, промислово-санітарні, завідателі лябораторій, завідателі малярійних станцій	250 крб. на міс.
б) Лікарі ляборанти, лікарі завідувачі щепільних епідемічних, лазнево-пральних, дезинфекційних загонів, а з 1-VI 31 р. шкільно-санітарні лікарі та лікарі саносвіти, лікарі-педологи, дієтлікарі	200 „ „ „
в) Помічники санітарних лікарів	100 „ „ „
г) Щепільники (не лікарі) і дезинфектори	75 „ „ „

Член колегії НКП УСРР **Афонін**

(Об. лист НКП ч. 332-01 з 19 травня 1931 р.)

2. Про оплату вихователів та інструкторів в органах охорони здоров'я

1. Вихователі, інструктори фізкультури, інструктори трудпроцесів та інш. педагогічний персонал, що працює в органах охорони здоров'я, а саме: установах дефективного дитинства, будинках матери й дитини, яслах, дитсадках, дитмайданчиках, дитколоніях, інстутах, охматдиту, незалежно від того, кому підпорядковані ці установи та з яких джерел фінансуються вони, повинні оплачуватися за ставками, що їх встановлено для аналогічних посад по установах Наркомосвіти постановою НКП УСРР № 180 з 7 жовтня 1930 р. (Вісті НКП УСРР № 19 20—1930 р.).

2. На всі посади, що перелічені в арт. 1-му цієї постанови, поширюються також і норми робітного часу, що їх встановлено пост. НКП УСРР № 179 з 7 жовтня 1930 р. (Вісті НКП УСРР № 1920—1930 р.) та пост. НКП СРСР № 8 з 10 січня 1931 р. (Вісті НКП УСРР № 5-6—1931 р.).

3. Ця постанова набуває чинности з 1 квітня 1931 р. та не може бути за причину для додаткових асигнувань, крім встановлених на 1931 р.

Заст. Наркомпраці **Піскарьов**

(Пост. НКПраці УСРР ч. 84 з 20 травня 1931 р.).

3. *Про відпустки робітникам наукових та науково-дослідчих установ.*

Зважаючи на те, що збільшені відпустки робітникам освіти встановлені з причини припинення робіт за умовами праці на певний термін підчас вакацій (канікул), НКПраці УСРР роз'яснює:

1. На рокітників наукових та науково-дослідчих установ, де немає вакацій, постанова НКП УСРР з 1 лютого 1930 р. № 14 „Про відпустки робітникам освіти" (Вісті НКП УСРР 1930 р. № 4) **не поширюється**.

Тривалість відпусток цим робітникам регулюють загальне законодавство про працю та колдоровори.

2. Вакації в наукових та в науково-дослідчих установах можна встановлювати за наявности спеціяльних умов праці, що вимагають перерви в роботі, лише з дозволу вищих органів, що або підлягає та або інша наукова, або науково-дослідча установа (Наркомосвіти, ВРНГ, Наркомзем тощо).

Заст. НКПраоі УСРС — **Піскарьов**

(Пост. НКПраці УСРР № 95 з 5 червня 1931 р.).

125. Про виконання постанов Уряду щодо поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсонала

До всіх районових і міських інспектур охорони здоров'я

5 травня б. р. ВУЦВК і РНК УСРР затвердили нову постанову в справі поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу (Зб. Уз. УСРР 1931 р., ч. 16, арт. 141).

Стверджуючи ще раз пільги для периферійного медперсоналу, передбачені постановою ВУЦК'у й РНК УСРР з 24 липня 1930 р. (Зб. Уз. УСРР 1930 р., ч. 17, арт. 165), наші законодавчі органи встановили для медробітників ще низку нових пільг, як ось: плянове постачання харчування й речей широкого вжитку, приойм їх дітей до учбових закладів нарівні з дітьми робітників і т. інш.

НКОЗ підкреслює всю громадську вагу законів в справі поліпшення матеріяльно-побутових умов медперсоналу й пропонує уважно стежити, щоб їх повністю виконувалося на місцях.

Зокрема, слід стежити, щоб місцеві ради й виконкоми та інші організації, кому слід, забезпечували б медробітників безоплатними кватирами. опаленням та освітленням. До НКОЗ часто надходят скарги від периферійного медперсоналу про те, що місцеві органи їм не надають кватир, компослуг, а іноді навіть виселяють і залишають зовсім без помешкання.

Треба рішуче покласти край такому ставленню до матеріяльно-побутового стану медробітників.

В кожному випадку ламання законів в справі поліпшення матеріяльно-побутового стану медробітників, слід негайно звертатися за допомогою до прокуратури й вимагати притягнення винуватих осіб до відповідальности. Про особливо недбайливі або злочинні випадки по таких справах треба негайно повідомляти юрисконсультуру НКОЗ.

Про вжиті заходи повідомити НКОЗ.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

(Об. розп. НКОЗ № 812-18 з 20 червня 1931 р.).

126. Про відпуск заочників на практичні заняття

До всіх райздоровінспекторів, до секцій охорони здоров'я міськрад, до директорів науково-дослідн. інститутів, копія до НКОЗ АМСРР

У зв'язку з наближенням практичних занять для лікпомів, що проходять курс заочного медичного навчання та перекваліфікацію на лікарів, Наркомздоров'я знову підтверджує обіжник з 15 липня 1930 р. (див. бюл. НКОЗ ч. 12—13 з 1930 р.) про звільнення зазначених вище заочників від службових обов'язків на ввесь час практичних занять.

Підставою для звільнення повинно бути оповіщення заочного медичного інституту про відкомандирування заочника на практику.

За заочниками треба цілком забезпечити посаду та зарплату на ввесь час відбування практичних занять.

До заочного медінституту надходять заяви від заочників про те, що місцеві органи охорони здоров'я та лікустанови мобілізують та надсилають заочників на різні кампанії, зовсім не враховуючи, що це може зірвати роботу заочників.

Наркомздоров'я нагадує, що заочне навчання є один із найважливіших чинників підготови кадрів і що установи охорони здоров'я повинні всіма засобами допомагати роботі заочників, встановлювати можливо ліпші умови щодо їхнього навчання. Тому, переводячи мобілізації на різні кампанії, треба завжди прагнути, щоб уникнути цього щодо студентів заочників.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Член колегії — керівник сектора кадрів **Туркельтауб**

(Об. розп. НКОЗ з 20 червня 1939 р. № 16-610-250).

127. Про виправлення припущених невірностей оподаткування лікарів за прибутки від приватньої практики.

До всіх РВК, НКФ АМСРР і міськрад

Останнім часом спостерігаються випадки, коли окремі фінінспектори без належного вивчення дійсних прибутків лікарів — визначають такі в размірах, що не відповідають дійсній прибутковості цих осіб, тим самим переоподатковуючи останніх. До розгляду цих скарг теж помічається неуважне ставлення.

Цим пропонується негайно ретельно перевірити та остаточно розглянути всі наявні скарги лікарів, виправивши невірності, що їх припущено.

Надальше забезпечте уважніше ставлення від фінінспекторів в справі оподаткування всіх осіб медперсоналу, що мають прибутки з приватної практики, не припускаючи в цьому будьяких викривлень та перекручень.

За Наркомфінансів **Горбенко**

(Обіжник НКФ УСРР з 19/V-31 р. № 1072).

128. Про неприпустимість скорочення посад санлікарів.

До райздоровінспекторів, копія до НКОЗ АМСРР

За відомостями Наркомздоров'я по окремих районах, зокрема за їхнього об'єднання, спостерігались звільнення санлікарів за скорочення штатів. Це скорочення санлікарів в умовах ще значної епідемічности, за наявности великих завдань, які стоять перед санітарною організацією в зв'язку з соціялістичною перебудовою села, свідчать про цілком незрозумілий підхід до цієї важливої справи від окремих РВК.

В той час, коли РВК, які цілком освідомлені в питаннях охорони народнього здоров'я, настирливо вимагають від НКОЗ додатково напрямити санлікарів, окремі РВК (незначна частина) припускають такі скорочення посад.

Отже, Наркомздоров'я пропонує райздоровінспекторам тих районів, де були випадки скорочення санлікарів, негайно поставити на президії РВК питання про поновлення цих посад, сповістивши одночасно НКОЗ про випадки скорочення для вжиття відповідних заходів від НКОЗ через РНК і ВУЦВК.

На відповіді від районів, де були скорочення, чекаємо незабаром після повідомлення РЗІ про цей лист.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

За кер. сектору кадрів **Рапопорт**

(Об. розп. НКОЗ з 25 червня 1931 р.).

129. Прикріпити аспірантів на харчування до інститутів і лікарень

До всіх наукових інститутів, секцій здоровоохорони, медсанупрів та уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового

На додаток до попередніх розпоряджень та вказівок про обов'язкове прикріплення інтернів та аспірантів на харчування до наукових інститутів та лікарень, де вони працюють, категорично пропоную за відповідальністю керівників інститутів та інших установ, де зазначеного розпорядження досі не виконали, негайно залічити на харчування інтернів та аспірантів, які там працюють.

Одночасно пропоную по всіх установах, де прикріплені аспіранти та інтерни, виділити помешкання для житла.

Про виконання цього розпорядження пропоную мене повідомити в декадний термін.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

(Об. розп. НКОЗ № 616—10).

130. Випускників розподіляє тільки сектор кадрів НКОЗ

До всіх міськ. і райздоровінспекторів і медінститутів

Останнім часом багато місцевих органів охорони здоров'я звертаються безпосередньо до медичних інститутів з проханням відрядити після закінчення ВИШ'у окремих випускників до того або іншого району або міста.

Отже, щоб усунути зайве листування, НКОЗ роз'яснює, що розподіл випускників провадить централізовано сектор кадрів НКОЗ, а тому всі такі персональні заявки треба подавати до сектору кадрів.

Одночасно попереджується, що задоволення таких персональних вимог для сектору кадрів НКОЗ не обов'язково: воно провадиться порядком загального плянового розподілу фахівців.

Член Колегії НКОЗ керівник сектору кадрів **Туркельтауб**

(Об. розп. НКОЗ № 626—26 з 15 червня 1931 р.).

131. Про боротьбу зі чварами проміж медробітників

До всіх РЗІ та секцій охорони здоров'я міськрад, всім МСУ до всіх районних та міських комітетів спілки роб. здоровоохорони

Копія НКОЗ АМСРР

За останній час проміж робітниками медичио-санітарних установ помітно збільшилася кількість особистих непорозумінь, що іноді перетворюються на справжні чвари, до яких втягується в окремих випадках увесь колектив даної установи.

Безпосереднє ознайомлення з причинами та характером таких чвар приводить до висновку, що більшість їх виникає на ґрунті недостатнього втягнення робітників до громадської роботи, невірного розуміння товариської (зокрема, так званої „лікарської") етики, невміння або небажання мирно розв'язати те або інше особисте чи то службове питання, доки воно не загостриться, тощо. В окремих випадках причину чвар являють собою приховані непорозуміння на ґрунті приватньої практики, переслідування та цькування робітника групою інших робітників й т. інш.

Виниканню та розвиткові чвар по медсанзакладах допомагає недостатність громадсько-виховної роботи, що її повинні провадити місцеві органи спілки, а також свідоме небажання числених адміністраторів лік. сан. установ втручатись у сутички між робітниками. У наслідок цього такі сутички часто-густо переростають на чвари, що порушують нормальну роботу установи і дискредитують її перед громадськими організаціями та обслуговуваним населенням. Водночас більшість особистих непорозумінь виникає на такому ґрунті, що його за своєчасного втручання адміністрації та місцевкому можна цілком усунути й тим запобігти виникненню будьяких конфліктів. Отже, перед керівничою та професійною верхівкою органів охорони здоров'я та окремих установ повстає завдання— пильно стежити за тим, щоб нормальні внутрішні стосунки в колективах, що обслуговують певні установи,—не порушувалися й щоб було забезпечено своєчасний адміністративний та професійний вплив на окремих робітників або цілі групи медперсоналу, що своїм нетовариським ставленням до інших робітників або будь-якими іншими вчинками спричиняються до утворення чвар.

Наркомздоров'я та ВУК робітників здоровоохоронн пропонують районним та міським органам охорони здоров'я—і спілки вжити конкретних заходів, щоб оздоровити взаємини в медичних колективах, організовуючи відповідну роз'яснювальну та виховну роботу і не спиняючись в разі потреби перед усуненням або пересуненням на інші посади робітників, винних в свідомому утворенні чвар, і перед накладанням адміністративних та професійних кар на осіб, що своїм поводженням та ставленням до товаришів по роботі об'єктивно сприяють виникненню конфліктів, які дуже тяжко відбиваються на роботі медсанустанов.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіз**

ВУК робздоров **Мілер**

(Спільний лист НКОЗ та ВУК робздор. № 910—258 з 20 червня 1931 р.).

ОХМАТДИТ

132. Оздоровробота серед дітей і підлітків на транспорті провадиться окремо

До всіх райздороінспекторів, секцій охорони здоров'я міськрад, до всіх МСУ. Копії до Наркомздоров'я АМСРР та до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

В НКОЗ є відомості, що райздоровінспектори вимагають від залізничних організацій, заводів, клюбів, УЧХ відрахування коштів для оздоровчих міроприємств з тим, щоб ці кошти переводились в розпорядження райздоровінспектур.

Повідомляємо, що вся оздоровна робота серед дітей та підлітків на транспорті переводиться окремо, згідно з обіжником НКОЗ від 27 березня 1931 р. за № 41413, який надруковано в бюлетені НКОЗ № 10—11, чому будьяких коштів від транспортних організацій та установ неможна відраховувати.

Заст. Наркомздоров'я — **Кустелян**

Член колегії НКОЗ—заст. нач. сектора
трансп. медицини — **Лебедев**

(Об. розп. НКОЗ № 414—15 з 18 травня 1931 р.).

133. Про заходи боротьби з літніми проносами

До всіх райздоровінспектур та голів секцій охорони здоров'я. Копії до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового та до медсанупрів— Тракторобуду й Дніпрельстану

У зв'язку з наближенням літньої спеки та збільшенням шлунково-кишкових захорувань серед дітей, зокрема грудного віку та малих, Наркомздоров'я пропонує вам вжити таких заходів щодо боротьби з літніми проносами:

1) перевести широку саносвітню роботу серед населення, особливо напрямком правильного годування дітей підчас спеки, гігієнічного утримання дітей;

2) розпочати систематичну боротьбу з мухами, зокрема по дитячих установах та в місцях виготовлення їжі;

3) звернути особливу увагу на якість молока та на засоби зберігання його.

Зважаючи на те, що більшість колітів у дітей після 6 міс. є інфекційного походження, треба вам запропонувати всім лікарям-педіятрам ширше використовувати близько розташовані місцеві санбаклябораторії так для своєчасної діягностики, як і для вивчення характеру захорування, а також запропонувати лікарям педіятрам ширше вживати підчас лікування колітів у дітей після 6 міс. в перші 4 дні захорування протидизентерійну полівалентну сироватку, якою треба забезпечити дитячі установи через відповідний санбакінститут; по молочних кухнях, що працюють підчас літніх проносів, запропонуйте лікарям-педіятрам вживати замість рижу, якщо його немає—перлову або ячну крупу, з яких теж можна успішно витотовлювати мішанку за Бесау.

Крім того, цього року треба нарешті розпочати певний облік захорувальности дітей на шлунково-кишкові захорування влітку, причому слід ураховувати ці захорування не лише в дітей грудного віку, а також серед дітей молодшого та старшого віку.

Про заходи, що їх буде вжито, повідомте Наркомздоров'я.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**

Заст. кер. групи охматдиту **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ ч. 16/341/10 з 18 червня 1931 р.).

134. Про фінансування дитзакладів спож. кооперації.

До всіх робкоопів та райспоживспілок, райздоровінспекторів та секцій охорони здоров'я міськрад УСРР; медсанупрів. Копії до НКОЗ АМСРР, Уповноважен. НКОЗ'у в Одесі тов. Волкового

Доповнюючи своє листування з 8 травня б р. і відповідно до постанови РНК СРСР про реорганізацію роботи споживчої кооперації (Известия ЦВК СРСР з 12/4-31 г. ч. 129) Наркомздоров'я УСРР і Правління Вукопспілки пропонують продовжувати й надалі грошові внески від споживчої кооперації на утримання дитячих установ переданих місцевим органам охорони здоров'я відповідно до постанови ВУЦВК'у й РНК УСРР з 5 березня 30 р. (Зб. Уз. УСРР 1930 р. ч. 7 арт. 83).

Кошти слід передавати місцевим райздоровінспекторам або секціям охорони здоров'я міськрад за належністю.

Одночасно пропонується перевести детальну оцінку майна, переданого від спожив. кооперації до органів охорони здоров'я. Про порядок щодо переведення відрахувань буде надіслано додатково інструкцію.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Вукопспілка **Блохина**

(Об. розп. НКОЗ та ВУКС № 16—343—10 з 28/V-1931 р.).

135. Про організацію активу з жінок колгоспниць навколо ясель

До всіх райздоровінспектур, секцій охорони здоров'я міськрад, правлінь колгоспів. Копія: до НКОЗ АМСРР до уповноважен. НКОЗ в Одесі т. Волкового до медсанупрів до Тракторбуду та Дніпрельстану

Цього року по всій Україні широко розгорнулася мережа сезонних ясел. Немає майже жодного колгоспа, де не було б розгорнуто сезонних ясел. Але в цей час повстає, в зв'язку з розгортанням цієї досить великої мережі, питання про організацію навколо цих ясел з жінок колгоспниць активу.

Найкраще це можна зробити, організувавши в кожному колгоспі окремо чергування матерів колгоспниць в той час, коли вони вільні від важливих сільсько-господарських робіт Цей порядок забезпечить такий стан, щоб колгоспниця дійсно бачила, яку користь дають ясла її дитині та щоб сама вона привчалася працювати в цих яслах.

Самодіяльність жінки-колгоспниці навколо ясел дасть безперечно можливість значно поліпшити їхній стан, так в цей час, як і продовжити їхнє існування взимку. Активність та ініціятива самих колгоспниць дасть можливість знайти всередині самого колгоспу ті ресурси, обладнання, приміщення тощо, що потрібні для того, щоб залишити ясла взимку, щоб продовжувати соціялістичне комуністичне виховання дітей колгоспниць.

Отже, Наркомздоров'я та Колгоспцентр просять Вас вжити всіх заходів щодо організації навколо кожних ясел активу жінок-колгоспниць та протягом існування сезонних ясел перевести з ними політико-виховну роботу.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Голова Правління Колгоспцентру **Мусульбас**

(Об. лист НКОЗ та Колгоспцентру з 10 червня 1931 р.).

136. Про організацію ясел у цукрових радгоспах

До райздоровінспекторів районів розташування цукроварень і цукрових радгоспів

Подаємо тут текст угоди, що склав Наркомздоров'я з уповноваженим Союзцукру на Україні про забезпечення яслами дітей робітників цукрових радгоспів влітку 1931 р.

Вам треба разом з Цукрокомбінатом та комбінатським завкомом негайно приступити до реалізації цієї угоди.

Про наслідки просимо повідомити групу охматдит Наркомздоров'я.

За керівника групи охматдит **Федотова**

Інспектор сільмережі **Шелудько**

(Об. лист НКОЗ № 34313 з 26 червня 1931 р.).

УГОДА

7 травня 1931 року. Цю угоду складено між Народнім Комісаріятом Охорони Здоров'я УСРР, що далі зватиметься Наркомздрав в особі заст. Наркома т. Кустелян М А. з одного боку та Правлінням Об'єднаної Цукрової Промисловости СРСР, що далі зватиметься Союзцукр, в особі Уповноваженого Союзцукру по УСРР тов. Яцкевича Ф. А. з другого боку за участю ВУК'у Спілки Цукровиків в особі зав. побутов. сектору т. Бутенка в такому.

1. Союзцукр не пізніше 12 травня надсилає Цукрокомбінатам кошти з фонду поліпшення побуту робітників на організацію ясел по радгоспах Союзцукру влітку 1931 року за доданим списом—разом 135.000 карб. (сто тридцять п'ять тисяч карб.).

2. Наркомздрав негайно дає райздоровінспектурам директиву організувати разом з цукрокомбінатами та комбінатськими завкомами по радгоспах Союзцукру влітку 1931 р. дитячі ясла на таких умовах:

а) Ясла організуються виключно при радгоспах Союзцукру для дітей робітниць та робітників радгоспів, так штатних, як і сезонних, при чому в першу чергу в ясла приймаються діти груп робітників, що мають невелику зарплату.

а) Підчас організації ясел повнотою зберігається мережа ясел по тих радгоспах, де вони існували минулого року, а також організується нові ясла з таким розрахунком, щоб вони охопили якомога більшу кількість дітей робітниць і робітників радгоспів Союзцукру.

в) Райздоровінспектури доасигновують на організацію ясел по радгоспах Союзцукру потрібні на утримання їх протягом сезонної доби суми з дотації на цю мету Наркомздраву, коштів самооподаткування, фонду медпомоги застрахованням, місцевого бюджету та інших джерел, при чому загальна сума цих асигнувань Райздоровінспектур повинна бути не менша 50% загальної суми, потрібної на утримання ясел.

3. Ясла організовуються на потрібну кількість дітей в радгоспи на 4 місяці, при чому ясла розпочинають свою роботу не пізніше першого червня.

4. Адміністрація радгоспів повинна забезпечити ясла окремим пристосованим та відремонтованим помешканням на території радгоспу, а також забезпечити їх комунпослугами та іншими умовами на підставі локального колдоговору.

5. Виконання цієї угоди на місцях покладається на директорів цукрокомбінатів, райздоровінспектур та комбінатські комітети Спілки Цукровиків.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Союзцукор **Яцкевич**

ВУК Спілки Цукровиків **Бутенко**

137. Об отчислениях на содержание яслей при строительствах

(По ВСНХ СССР)

В целях обеспечения вовлечения женщин на строительные работы и улучшения бытовых условий работниц предлагаю на всех **строительствах промышленных предприятий**, в которых занято 500 и более женщин, установить отчисления на содержания яслей в необходимых размерах для обслуживания данного строительства, согласно сметы, утверждаемой управлением строительства, но не выше 0,25% фонда выплачиваемой им заработной платы. Указанные отчисления производятся промышленным предприятием, осуществляющим капитальное строительство. В тех случаях, когда строительство осуществляется подрядным способом, отчисления производятся за счет той хозяйственной организации, для которой по договору подряда осуществляется строительство.

Отчисления на содержание яслей производятся в установленные сроки выплаты заработной платы и передаются стройорганизациями **органам здравоохранения** в качестве специальных средств отделений охраны материнства и младенчества здравотделов на содержание яслей, обслуживающих исключительно работниц соответствующего строительства. Строительства оказывают возможное содействие в организации яслей путем предоставления в необходимых случаях помещений постоянного или облегченного типа. Расходы, связанные с содержанием этих помещений, удерживаются строительством при выплате отчисляемых здравотделам сумм.

ВСНХ союзных республик немедленно издать соответствующее распоряжение по подведомственным органам.

Москва 12 апреля 1931 г. № 196.

Зам. пред. ВСНХ СССР **В. Межлаук**

138. Про розширення ясельної мережі по містах (при житлокоопах) та про організацію платних ясел

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад. Копія до НКОЗ АМСРР та уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового

Не зважаючи на те, що Наркомздоров'я неодноразово зазначав потребу розширити мережу ясельних ліжок, щоб забезпечити дітей робітниць яслами, по містах цим напрямком роблять замало. Поширення ясел іде лише коштом місцевого бюджету або держкоштів. Постанови Уряду з 5 березня 1930 року щодо фінансової бази для ясельної мережі майже не використовують. Розгортання мережі ясел по житлокоопах, за прикладом дитсадків в житлокоопах, кількість яких на сьогодні значна,—не розпочали.

Наркомздоров'я вважає за потрібне тепер розпочати так організацію платних ясел коштом батьків, як і розгортати ясла—примітиви по житлокоопах.

Велика кількість робітниць та службовок на теперішній час вимагає поширення заходів щодо поліпшення побуту робітниць та службовок. За прикладом Кам'янецького району, що організували ясла для дітей студентів, притягнувши для цього кошти самих технікумів. треба подбати, щоб забезпечити дітей студентів ВИШ'ів та технікумів, мобілізувавши для цього гроші технікумів, батьків тощо.

Особливо важливе значення має тепер розгортання мережі ясел по житлокоопах. Для цього треба притягти житлокооперацію й організувати ці ясла, як ясла — примітиви. Досі цієї роботи навіть не розпочали.

Отже, Наркомздоров'я востаннє нагадує про потребу приступити до цієї роботи та про наслідки повідомити НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**

(Об. розп. НКОЗ ч. 16--341—10 з 20 червня 1931 р.).

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПРАЦІ. ПРОМСАНІТАРІЯ.

139. Про медичні огляди робітників шкідливих професій

До всіх райздоровінспекторів, секцій охорони здоров'я, до уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового. Копія НКОЗ АМСРР.

(Окремо не надіслано)

На підставі ст. 143 кодексу законів про працю Наркомпраці та Наркомздоров'я встановили обов'язкові періодичні медичні огляди робітників шкідливих професій згідно з списком, який було затверджено цією постановою (пост. НКПраці та НКОЗ № 270 з 13 серпня 1926 року Вістн. НКОЗ 1926 р. № 16 (20), обіжник НКОЗ від 7 грудня 1930 р. № 32507).

За відомостями, що є в НКОЗ, окремі лікпрофустанови досі не вжили заходів до налагодження та регулярного переведення в життя цієї постанови.

Отже, востаннє пропонується всім лікпрофустановам за відповідальністю головлікаря, під керівництвом промсанлікаря, встановити виробництво та професії, які згідно з вищезазначеною постановою підлягають систематичному наглядові за станом здоров'я робітників та в календарному пляні надалі переводити цей медогляд у встановлений за цією постановою термін.

Підчас виявлення шкідливих професій, які передбачені вищезазначеною постановою для періодичного медогляду, догляд можливо не охопить повністю робітників деяких професій, бо ці робітники частенько розташовані по різних дільницях підприємства невеличкою кількістю в кожній, а назва їхніх професій не вказує на шкідливість.

Треба, щоб промсанлікарі виявили таких робітників, одержавши від матеріяльно-постачальних відділів підприємства відомості про постачання тих або інших цехів матеріялами (оливо, ті або інші хемікалії) та півфабрикатами, обробка яких супроводиться наявністю тих або інших шкідливостей. Взагалі треба, щоб промсанлікарі розробили усі відповідні засоби виявлення робітників, що працюють в шкідливих професіях.

Списки професій по окремих цехах, що підлягають регулярному медогляду (згідно з цією постановою, зазначивши термін медогляду, надішліть до промсангрупи НКОЗ негайно після виявлення цих груп.

Щодо звіту наслідків огляду лінією охорони здоров'я, то Вам належить користуватись вказівками по промсанітарному обслуговуванню н/№ 55512 від 8 березня 1931 р. про форму місячного звіту, промислово-санітарного лікаря та н/№ 35512 від 17 березня 1931 р. про форму місячного звіту стар. промислово-санітарного лікаря (профзахбюро).

Заст. Наркомздоров'я **Кустолян**
Керівник групи промсанітарії та профзахворувань **Ерман**
(Об. розп. НКОЗ № 55519-235 з 20 червня 1931 р.)

140. Про медогляд робітників, що бажають їхати на роботу в Донбас

(Окремо не надіслано)

До всіх райздоровінспекторів і голів секцій охорони здоров'я міських рад. Копія до НКОЗ АМСРР.

За відомостями, що є в НКОЗ, деякі лікарі по районах, провадячи медогляд, бракують завербованих робітників, що бажають їхати на роботу в Донбас, при чому спостерігаються недосить обґрунтовані та певні мотивування, як-от; „нутрощі здорові, але десь щось є на кожі". З другого боку, спостережено випадки, коли відряджують до Донбасу справді хворих, що не можуть працювати в шахтах.

НКОЗ роз'яснює, що, вербуючи робітників у Донбас, треба користувати саме списком протипоказників, затверджених від Наркомпраці СРСР (21 грудня 1929 р. — зразок додається тут).

Водночас сповіщається, що із шкіряних захорувань, зафіксованих у спискові, протипоказаними для професії є лише екзема гостра або хронічна в стадії загострення.

Цей список протипоказників вам належить розіслати окремим лікарям, що беруть участь у медогляді підчас вербування робітників у Донбас.

Додаток: Список протипоказів.

Наркомздоров'я **Канторович**
Ст. інспектор в справах профзахворувань **Потаповський**
(Об. розп. НКОЗ № 555-19-223 з 15 червня 1931 р.)

Приложение к § 1 правил безопасности при ведении горных работ. (Приложен. к Известиям НКТ СССР № 10 за 1930 год).

СПИСОК

противопоказаний, препятствующих приему на работу в горнопромышленные предприятия.

1. ОБЩИЙ СПИСОК ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ.

§§ по порядку	Противопоказания
1	Туберкулез легких кроме А I и А II
2	а) эмфизема, резко выраженная; б) бронхиальная астма.
3	а) Органические заболевания сердечно-сосудистой системы с наклонностью к декомпенсации или резко выраженная функциональная недостаточность сердечно-сосудистой системы; б) органические болезни сердца, сердечной сорочки и сосудов при наличии несомненних об'ективних данних.
4	Все ясно выраженные заболеван. почек в форме нефрозов, нефритов и нефрозонефритов:
5	а) общая резко выраженная кахексия; б) все заболевания обмена веществ и внутренней секреции со значительным нарушением отправлений внутренних органов или значительным истощением, препятствующими выполнению данной работы.
6	Все органические или функциональные заболевания нервной системы сопровождающиеся припадками.
7	Органические заболевания центральной нервной системы с расстройством функцій и координации движений, имеющие явную тенденцию к прогрессированию (эпидемический энцефалит).
8	Ревматические заболевания костно-мышечной системы с об'ективными изменениями, резко выраженными.
9	Заболевания позвоночника с об'ективными изменениями в костях или с ясно выраженной тугоподвижностью.
10	а) Резко выраженные формы гену варум и гену вальгум; б) застарелые вывихи крупных и средних суставов; в) ложные суставы в крупных костях.
11	Укорочение одной ноги более, чем на 10 см.
12	Нистагм углекопов и другие формы видимого нистагма.
13	а) понижение адоптации к свету; б) зрение ниже 0,3 на каждый глаз; в) трахома, осложненная процесом в роговой оболочке, или изменения в хряще.
14	а) понижение слуха ниже 3 м. слышимости шопотной речи; б) все виды заболеваний вестибулярного апарата.
15	Гельминтиазис — анкилостома и ангвилюля. Примечание: У прибывающих из местностей, неблагополучных по этим глистам, необходимо исседовать экскременты. а прием на работу должен быть отложен до дегельминтизацин.
16	Екзема острая или хроничская в стадии обострения.

II. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПРОФЕССИЯМ

§§ по порядку	Профессии	Противопоказания
	А. Подземные профессии	
1	Бадейщики	Все противопоказания, перечисленные в общем списке.
2	Бремсберговые	§§ 1, 2а, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
3	Вагоновожатые	Все противопоказания, перечисленные в общем списке.
4	Вагонщики	„ „ „ „ „ „
5	Выбойщики леса	„ „ „ „ „ „
6	Дверовые газовых шахт	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
7	Забойщики	Все противопоказания, перечисленные в общем списке.
8	Замерщики газа в газовой шахте (десятники вентиляц.)	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
9	Запальщики и их помощники	§§ 1, 2а, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16. Примечание. Запальщики и их помощники, поступающие на работу, должны иметь здоровые органы движения.
10	Зарубщики	Все противопоказания, перечисленные в общем списке.
11	Коногоны	„ „ „ „ „ „ Примечание. Коногоны, поступающие на работу, должны иметь зрение не ниже 0,5 и нормальный слух не ниже 6 м. шопотной речи.
12	Лампоносы газовых шахт	§§ 1, 2б, 3а, 4. 5б, 6. 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
13	Лесогоны	Все противопоказания, перечисленные в общем списке.
14	Машинисты врубовых машин их пемощники	§§ 1, 2а, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
15	Машинисты на лебедках уклонов	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10б, 10в, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
16	Машинисты силоустановок	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
17	Машинисты скреперов и их помощники	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10б, 10в, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
18	Машинисты электро-воздухо и бензиновозов	§§ 1, 2а, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16. Примечание: Машинисты электро-воздухо-и бензиновозов, поступающие на работу, должны иметь зрение не ниже 0,5 и нормальный слух.
19	Машиннсты электроподстанций и их помощники	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14, 15 и 16.
20	Отбойщики на антрацитах	Все протипоказания, перечисленные в общем списке.
21	Поездные при механической откатке	„ „ „ „ „ Примечание: поездные при механической откатке, поступающие на работу, должны иметь зрение не ниже 0,5 и нормальный слух (не ниже 6м шопотной речи).

§§ по порядку	Профессии	Противопоказания
22	Помощники стволових	Все противопоказания, перечисленные в общем списке.
23	Плитовые на бремсбергах и уклонах	„ „ „ „ „ „
24	Плотники по стволу	„ „ „ „ „ „
25	Провожатые при коногонах	§§ 1, 2а, 2б. 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
26	Прокатные при механич. откатке	§§ 1, 2а, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
27	Сигналисты подземные при откатке	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
28	Стволовые	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б, 10в, 11, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
29	Стрелочники	§§ 1, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.
30	Сторожа динамитных складов	§§ 6 и 7.
31	Электромонтеры	§§ 1, 2а, 2б, 3а, 4, 5а, 5б, 6, 7, 8, 9, 12, 13а, 13б, 13в, 14а, 14б, 15 и 16.

Б. Поверхностные профессии

1	Воротовщики конных ворот и их помощники	§§ 2а, 2б, 6, 7, 9, 14а и 14б.
2	Воротовщики ручных воротов и их помощники	§§ 1, 2а, 2б, 3а, 3б, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10а, 10б и 10в.
3	Драгеры золотопромывательных драг	§§ 1, 2, 3а, 6, 7 и 8.
4	Конногоны конных воротов	§§ 6, 7, 9 и 11.
5	Машинисты на вентиляторах и их помощники	§§ 5, 6, 7.
6	Машинисты под'емных машин и их помощники	§§ 6 и 7 Примечание: Машинисты под'емных машин и их помощники, поступающие на работу, должны иметь нормальные слух и зрение, а также удовлетворять условиям психотехнического испытания.
7	Машинисты сортировок и их помощники	§§ 1, 2, 3а, 6 и 7.
8	Машинисты надземных силоустановок	§§ 3а, 6 и 7.
9	Машинисты угледробилок	§§ 1, 2, 3а, 6 и 7.
10	Машинисты экскаваторов и их помощники	§§ 5, 6 и 7.
11	Рукоятчики	§§ 5, 6, 7 и 11. Примечание: Рукоятчики, поступающие на работу, должны иметь нормальные слух и зрение.

Член коллегии НКТ СССР и зам. зав. отделом охраны труда НКТ СССР (**Серина**).

Главный горно-техн. инспектор НКТ СССР (**Биленко**)

ПРАВИЛА

як провадити попередній огляд осіб, що стають до роботи в гірничо-промислових підприємствах

(Постанова НКПраці УСРР з 31 серпня 1930 р.) *)

Видано на підставі обов'язкової постанови Наркомпраці СРСР з 21 грудня 1929 року № 383 (додаток до № 10 „Изв. НКТ СССР" 1930 р.)

1. Трудящі, що бажають вступити до гірничо-промислового підприємства, щоб працювати за професіями, переліченими в спискові, поданому до зазначеної обов'язкової постанови НКП СРСР, підлягають попередньому медоглядові.

Якщо медогляд виявить у трудящого протипоказання, що за списком заважає працювати за даною професією, такого трудящого до роботи не припускається.

2. Адміністрація підприємства, що приймає трудящих на професії, зазначені в спискові, повинна до прийому на роботу посилати трудящих на попередній медогляд до лікустанови, що провадить огляд для даного підприємства.

Увага 1. Якщо трудящий переходить з одної копальні на іншу на таку саму професію, його можна, в разі пред'явить він висновок першого медогляду, заново не оглядати; звільняючи трудящого, підприємство видає йому висновок тої лікустанови, що його оглядала.

Увага 2. Якщо трудящий міняє професію, що не потрібує медогляду, на професію, до якої постанова НКП СРСР передбачає медогляд, він підлягає оглядові, як той, що вступає наново,

3. Трудящих, що підлягають оглядові, підприємство посилає до лікустанови з 2 примірниками блянків встановленого зразку, доданого до цього, на кожного трудящого.

4. Медогляд трудящих переводять тільки лікарі: 1) амбуляторій, що водночас правлять і за медпункти, 2) лікарських амбуляторій і 3) поліклінік; список лікустанов, що переводять медогляд встановлює РЗІ, погодивши справу з інспектурою праці та проф. страх — і госпорганами (список їх для підприємств є обов'язковий).

5. На переведення медогляду слід виділити лікарські амбуляторії й поліклініки, що розташовані близько тих підприємств, що їх вони обслуговують, що мають достатній штат лікарів і мають можливість, з потреби, посилати трудящих, не затримуючи їх, до відповідних спеціялістів і лябораторій, щоб дістати додаткових висновків та консультації.

Увага: Не дозволяється включати до списку лікустанов такі, де на чолі стоять лікпоми.

6. Лікустанова, що провадить огляд трудящих: а) у випадках, що не викликають сумніву, заповнює блянки в рубриках „діягноза" і „висновок", хоча-б висновок і був позитивний або неґативний, ставить підпис лікаря й печатку установи, один примірник дає трудящому, а другий залишає в себе й зберігає протягом року; б) у випадках, що вимагають додаткового висновку спеціялістів, або лябораторії або взагалі викликають сумнів, посилає таких трудящих до відповідної поліклініки ало лябораторії і тільки після одержання висновків заповнює блянки й інш.

7. Місцеві органи охорони здоров'я повинні вжити всіх заходів, щоб за згодою з підприємствами встановити такий порядок попереднього медогляду, за якого:

а) не було б шкоди інтересам трудящих, що звертаються до лікустанов по меддопомогу;

б) медогляд трудящих лікустанови переводили б з мінімальною затримкою;

в) за потреби підприємству перевести одночасно медогляд значної кількости трудящих, щоб медогляд не гальмував роботи підприємства.

8. Для цього місцеві органи НКОЗ і зацікавлені організації повинні встановити дні й години, коли лікустанови переводять медогляд і максимальну кількість трудящих, що їх одночасно може відрядити підприємство. Більш за встановлену норму лікустанови не оглядатимуть.

В особливих випадках потреби перевести для підприємства через огляд більшу норму, підприємство повинно повідомити про те лікустанову не пізніш, як на початку робітного дня на передодні відрядження трудящих.

9. Висновок лікустанов є обов'язковий для підприємсгва. Трудящі, що не згоджуються з висновком лікустанови, мають право ставити перед райздоровінспектором питання про повторний медогляд.

*) Надіслано до окрвідділів (інспектур) праці.

10. Щоб запровадити в життя ці правила, місцеві органи НКПраці і НКОЗ повинні:
а) негайно встановити, згідно з арт. 5 правил, списки лікустанов, що переводитимуть медогляд;
б) забезпечити ці лікустанови „Списками противопоказаний, препятствующих приему на работу в горнопромышленных предприятиях";
в) встановити постійний догляд за точним і своєчасним виконанням цих правил.
11. Госпоргани повинні терміново забезпечити підприємства потрібною кількістю супровідних блянків за доданою формою.

Заст. Наркомпраці УСРР **Піскарьов**

Погоджено: Заст. НКОЗ **Кустелян** ВРНГ—**Гавеман** ВУК Гірників—**Вайль**

141. Про налагодження реєстрації профотруїнь і профзахворувань (за формою НКОЗ п. 303 форма „Д" Наркомпраці)

(Окремо не надіслано)

До всіх райздоровінспектур, до секцій охорони здоров'я міськрад (Профзахбюро). Копія НКОЗ АМСРР та уповноваженому НКОЗ в Одесі — т. Волковому

Відповідними обіжниками НКОЗ звертав увагу місцевих органів охорони здоров'я на потребу налагодження реєстрації профотруїнь та профзахворувань (постанова НКОЗ та НКПраці з 16 вересня 1924 р. та 9-XI 1928 р. бюлетень НКОЗ № 21 1928 р. № 317, розпорядження НКОЗ від 18 жовтня 1930 р. № 32507).

Не зважаючи на ці розпорядження, окремі лікпрофустанови не усвідомили важливости цього й досі не приступили до налагодження повної реєстрації профотруїнь і профзахворувань, що свідчить про недостатню увагу окремих лікпрофустанов до цієї справи.

Щоб правильно та своєчасно налагодити повну реєстрацію та облік профотруїнь та профзахворувань у межах інструкції, що її тут додається, НКОЗ пропонує:

1. Покласти відповідальність за налагодження цієї справи в районі на старшого промсанлікаря (зав. профзахбюра), або промсанлікаря, в разі є один в районі.
2. На головлікарів і інших керівників лікпрофустанов покласти під їхню особисту відповідальність, за вказівками ст. промсанлікаря (зав. профзахбюра) району або промсанлікаря, в разі він є один в районі, налагодити та переводити правильну постановку реєстрації профотруїнь і профзахворувань, згідно з інструкцією до цього доданою.
3. Для виконання § 6 доданої тут інструкції секції охорони здоров'я (райЗІ), а також профзахбюра треба запропонувати лікпрофустановам, що надають першу допомогу отруєному (захворуваному) стежити за тим, щоб один примірник картки на отруїного (захворілого) промсанлікар підприємства одержав би не пізніше ранку наступного за випадком дня.
4. На промсанлікаря підприємства покладається обов'язки негайного обслідування кожного окремого випадку профотруїння і профзахворування напрямком вивчення причин випадку та вжиття відповідних заходів до попередження повторення їх. У разі негативного ставлення від адміністрації підприємства до зауважень промсанлікарів,—заходи треба переводити через органи охорони праці. Наслідки обслідування та заходи попередження промсанлікар записує окремо й подає до офіційного сповіщення.
5. Де є профзахбюро, статистичну розробку карток випадків профотруїнь і профзахворувань переводить профзахбюро.
6. Де профзахбюра нема, статистичну розробку карток випадків профотруїнь і профзахворувань переводить промсанлікар, що обслуговує підприємство.
7. Двічі на рік не пізніше 5 липня та 5 січня за минуле півріччя надсилати до промсангрупи НКОЗ звіт про наявність профотруїнь в районі за формою, що її надано н/№ 32507 від 18 жовтня 1390 р. (зразок при цьому додається).
8. В окремих амбуляторіях, поліклініках, медпунктах тощо треба мати спис цехів і детальних професій підприємств, в яких робітникам загрожує можливість профотруїнь та профзахворувань та які саме. Такі списки по всьому району повинен мати ст. промсанлікар (зав. профзахбюра), а також окремий промсанлікар по підприємству, що він обслуговує.
9. Промсанлікарі повинні порядком плянової роботи своєчасно ознайомити лікарів зі шкідливостями цехів і детальних професій і насамперед з тим, що можуть викликати профотруїння і профзахворування, а також проінструктувати лікарів про засоби та порядок заповнення карток за формою п. 303 (форма „Д" Наркомпраці").
10, Вжити заходів до постачання лікарям відповідної спеціяльної літератури особливо таблицями профотруїнь.
11. Цей обіжник розповсюдити до окремих лікарів включно.

Про вжиті заходи повідомте НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**
Кер. групи промсанітарії й профзахворувань **Ерман**
(Об. розп. НКОЗ № 555-12-236 з 20 червня 1931 р.)

Додаток № 1 до обіжника НКОЗ
№ 55512/236 з 20 червня 1931 р.

ІНСТРУКЦІЯ

До заповнення картки „термінове повідомлення про проф $\frac{\text{отруїння}}{\text{захворування}}$ НКОЗУ форма п. 303“ форма „Д“ Наркомпраці

1. При складанні термінового повідомлення про проф $\frac{\text{отруїння}}{\text{захворування}}$ НКОЗ ф. № 303 чинять всі постанови НКПраці та НКОЗ щодо складання термінового повідомлення про профотруїння та профзахворування за формою „Д“ НКПраці.

2. Термінове повідомлення за формою „п. 303“ (форма „Д“ НКПраці) складають у всіх випадках професійних отруїнь так гострих, як і хронічних, незалежно від того, яка отруйна речовина їх викликала.

3. Найважливіші з промислових отруїнь є: оливо та його сполуки (сплави) живе срібло та його сполуки, арсеник (мишак) та його сполуки; фосфор та його сполуки, хлор та все, що з нього виникає, соляний та водний фтористий квас, азотовий та азотистий квас, окиси азоту, сірчастий ангідрид, сірковуглець, окис вуглеця (світильний газ), доменний, генераторний, водяний газ та інш.) бензин, бензол та його гомологи, нітросполуки ароматичних углеводних, анілін та все, що з нього виникає, фенол та все, що з нього виникає).

4. Під професійним отруїнням розуміється отруїння, зв'язані з професійною роботою, що її виконується й де б така не провадилася (на фабриці, вдома тощо). Повідомлення надсилаються також і в тому разі, коли зв'язок поміж отруїнням та роботою є лише гаданий.

5. Термінове повідомлення за формою п. 303 (форма „Д“ НКПраці) треба скласти також і за таких професійних захворувань:

а) професійні інфекційні захворування — сибірка і сап;

б) полуда (катаракта) за робіт, що зв'язані з високою температурою й яскравим світлом;

в) рак сечника (рак мочевого пузиря) за робіт з аніліновими сполуками;

г) професійні захворування шкіри (екзема, болячки, рак, опік тощо), що викликані роботою з продуктами перепускання кам'яновугільної смоли й нафти, шпігінаром, хромом, хлором та інш. хемічними сполуками.

6. Заповнюючи повідомлення ф. п. 303 (форма „Д“ Наркомпраці) додержуються таких правил:

а) на кожного потерпілого складається окреме повідомлення;

б) залежно від статі прокреслюється літера „ч“ або „ж“;

в) в повідомленні зазначають: № особистої картки (або № журнального запису), дату складання повідомлення, прізвище та ініціяли тощо (ясно);

г) в графі — „вік“ зазначають число повних років на момент складання повідомлення;

д) в графі „детальна професія“ (посада) зазначається професія або посада, яку фактично хворий (або отруєний) обіймає на момент отруїння або захворування. Професію або посаду треба зазначити повністю (наприклад: „слюсар-лекальщик“, „складач-лінотипіст“, „робітник на пильному вовчку“), ні в якому разі не дозволяється подавати загальні розпливчасті відомості, якто: робітник, службовець та інш.);

е) в графі „де працює“ (назва підприємства та рід виробництва) після назви підприємства (наприклад „Визволена праця“, „Серп і молот“ треба зазначити характер виробництва, наприклад: „машино-будівельний завод“, „фарбарно-апретурна фабрика“ та інш.;

ж) в графі „цех, відділ, або майстерня“ зазначають точно найменування цеху, відділу, або майстерні, де сталося отруїння або захворування. Якщо майстерню розташовано при житловому приміщенні або в самому житловому приміщенні — це треба зазначити окремо;

з) в графі „загальна тривалість роботи (років) в даній професії“ треба зазначити стаж професії або посади, на якій фактично працював хворий на момент захворування або отруїння; в графі „взагалі“ — зазначають загальний стаж незалежно від роботи його на підприємстві, в графі „на даному підприємстві“ — зазначають тільки стаж на даному підприємстві;

і) в графі „$\frac{\text{профзахворування}}{\text{отруїння}}$ сталося“ термінового повідомлення треба зазначити місяць та число, коли саме сталося профотруїння (захворування). Щодо години від початку роботи, то це стосується тільки випадків гострих отруїнь або захворувань. В цьому пункті треба зазначити число годин, що працював потерпілий в даний день до початку отруїння, не враховуючи перерви на обід. В разі, коли отруїння трапилося після іншої, довго

часнішої перерви (наприклад, за робітного дня, що його розподілено на кілька частин у текстильщиків або інш.), то це треба зазначити окремо;

к) в графі „зв'язок з професією" — треба зазначити: у графі — „сучасної" — зв'язок захворування або отруїння з теперішньою професією (наприклад, фарбар з фарбами, що містять в собі олово. По графі „зминулою (якою)" — зв'язок захворування або отруїння з минулою професією (наприклад, ливарник чавунного лиття, а в минулому працював на заливці підшипників з бабітом);

л) в графі повідомлення обставин, що при них трапилося отруїння або захворування, зазначають дані на підставі опиту потерпілого, при цьому зазначається робота, яку виконував потерпілий до моменту отруїння або захворування і обставини за яких воно сталося (наприклад, треба написати: „отруїння сірководнем підчас ремонту колодязів" або „отруїння бензолом за раптового псування вентиляційної системи");

м) залежно від випадку в графі „А" 148, 105 термінове повідомлення про проф. $\frac{\text{отруїння}}{\text{захворування}}$ НКОЗ ф. п. 303 підкреслюють слово „отруїння або захворування"

н) в графі діягноза „клінічна і етіологічна" треба зазначити точну клінічну діягнозу саме українською або російською мовою, зазначаючи форму захворування та етіологію його (наприклад, не „олив'яне отруїння" або „отруїння фосфором, а олив'яні кольки", „олив'яна енцефалопатія", „фосфорний некроз щелепи" тощо). Крім того, визначають, яке саме отруїння виявлено — гостре або хронічне і т. інш.;

о) в графі „основні симптоми" подається короткий опис основних (характерних) симптомів даного отруїння або захворування (наприклад, явища від центральної нервової системи — головокруття, блювання, корчі, непритомність або зворушливий стан — за отруїння закисом вуглеця або бензином;

п) в графі „найближчі наслідки отруїння" — лікар, що лікує, відмічає наслідки отруїння або захворування, що їх виявив до часу надсилки повідомлення тощо. Якщо особа що складала повідомлення, видає лікарський листок, треба проставляти № його. Випадки втрати працездатности на термін менш за один повний робітний день, треба приразувати до тих, коли робітник залишався на роботі;

р) в графі „назва та адреса складача, посилача повідомлення" — зазначається повністю прізвище та адресу складача (окремо) і окремо прізвище та адресу посилача, причому відповідальність за надсилку покладається на лікаря, що надає першу допомогу отруєному та захворілому;

с) графу „остаточний наслідок", тимчасова непрацездатність . . . роб. днів, інвалідність — група, „смерть" — заповнюється після переведення розслідування та одержання остаточних висновків з цього випадку.

6. Всі лікувальні установи та лікарі, що перебувають на державній, громадській та приватній службі не пізніше 3 днів після того, як хворий звернувся до лікустанови або лікаря, подають повідомлення: один примірник — до місцевого органу НКПраці (до санінспектора), а другий примірник — до профзахбюра, а де такого немає — до секції охорони здоров'я (райЗІ).

Якщо одночасно або безпосередньо одне за одним мали місце більш трьох отруїнь або захворувань, або смертельні професійні отруїння й захворування (незалежно від їхньої кількости—хоч би один), а так само в тих випадках, коли потрібно вжити екстрених заходів попередження, повідомлення надсилають телеграфом, телефоном, або з гінцем: один примірник — до місцевого органу НКПраці (до санінспектора), а другуй примірник — до профзахбюра, а де такого немає — до секції охорони здоров'я (райЗІ) *).

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Заст. Наркомпраці УСРР **Пискарьов**

142. Про висвітлювання роботи профзахбюр та промсанлікарів перед широкою суспільністю

До всіх райЗІ і секцій охорони здоров'я, профзахбюр, Копії до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗУ в Одесі т. Волкового

(Окремо не надіслано)

Профзахбюро, що на них покладено найвідповідальнішу роботу вивчати та оздоровлювати умови праці, не можуть і не повинні надалі провадити свою роботу, не висвітлюючи її перед широкою суспільністю.

Робота профзахбюра та окремих промсанлікарів за своїм характером матиме найбільшу ефективність тільки в разі підтримки громадських та спілчанських організацій **).

*) Форми термінових повідомлень див. стор. 347—348.

**) Кінець цього обіжника див. стор. 349.

Додаток до обіжника НКОЗ № 55512/236, з 20-VI 1931 р.

(Лицевий бік)

Прізвище ініціяли	№ Особ. картки

Вік..........р.	Детальна професія (посада)	„..........“..........193 р. дата заповнення
Де працює (назва підпр. й рід виробн.).		цех, відділ, або мастерня

Загальна тривалість роботи (років) в даній професії			Обставини, за яких виникло отруїння (захор.) (з зазначенням роботи, яку виконував)
Взагалі		На даному підпр.	..
Профотруїння (захор.) сталося			..
місяць	число	годин від початку роботи	..
зв'язок з професією			..
теперішньою		минулою (якою)	..

А — 6 (148 × 105) Термінове повідомлення про проф $\frac{\text{отруїння}}{\text{захорування}}$ НКОЗ ф. п. 303

(Зворотній бік)

Діягноза — клінічна й етіологічна	Дані обслідування:
..	..
..	..
..	..
Основні симптоми	..
..	..
..	..
..	..

Найближчі наслідки отруїння, захорування — Залишився на роботі, звільн. за листком про непрацездатність № направлено до лікарні, вмер,

Назва й адреса складача, посилача повідомлення	Остаточний наслідок
..	Тимчасова непрацездатн.
..	на..........роб. дн.
..	інвалідність.......... група
..	смерть
Підпис лікаря	Підпис

№ 1557 — 20000

Додаток № 3 до обіжника НКОЗ № 55512/236, з 20-VI 1931 р.

Н.К.О.З. У.С.Р.Р.

Погоджено з Держпляном УСРР

Ф. П. З. $\frac{04}{1931}$

Піврічний звіт про профотруєння и профзахорування

Надсилати 5 липня та 5 січня за минуле півріччя до промсангрупи НКОЗ

район / місто кол. округа

За півріччя з по 193...... р.

№№ по черзі	Назва підприємств	Кількість робітників без молод. обслужн. персоналу		Профотруїння												Профзахорування											
		На начало півріччя	На кінець півріччя	Без втрати працездатности	З втратою працездатности	Тих, що закінчились смертю	Разом	Із загальної кількости випадків профотруєнь було								Без втрати працездатности	З втратою працездатности	Тих, що закінчились смертю	Разом	Із загальної кількости випадків профзахорувань було							
								Окись вуглеця	Хлор	Сірковуглець	Окись азоту									Шкіряний рак	Опік хемічн. речовинами	Дерматити	Сибірка				
	1	2	3	4	5	6	7	8								9	10	11	12	13							
1																											
2																											
3																											
4																											
	і так далі																										

Підпис $\frac{\text{ст. промсанлікар}}{\text{промсанлікар}}$

Примітка: На гази й речовини, а також захорування, що їх не передбачено в перелічених графах, якщо вони викликають профотруїння і профзахорування — до даної форми додаються нові графи на кожний окремий газ, речовину і захворування.

Отже НКОЗ вважає за потрібне, щоб профзахбюра та промсанлікарі складали систематичні доповіді про свою роботу та про завдання, що стоять перед ними, на секціях охорони здоров'я, у страхових органах, у профрадах, у райкомах спілок, завкомах тощо. У своїх доповідях треба висвітлювати стан роботи, свої досягнення, труднощі, що перешкоджають роботі, перспективи тощо.

Одночасно профзахбюро повинно на засідання своєї колеґії запрошувати представників зазначених організацій.

НКОЗ вважає встановлення такого порядку за обов'язкове і пропонує взяти це до неухильного керівництва.

Копії протоколів нарад, де буде заслухано доповіді профзахбюро та промсанлікарів належить надсилати до промсангрупи НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян**.

Керівник промсангрупи **Ерман**.

(Об. лист НКОЗ з 20 червня 1931 р. № 555-11).

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ.

Затвердив: Нарком охорони
С. Канторовіч.
12 квітня 1931 р.

143. Санітарні правила влаштування та експлоатації закритих розподільників

1. Закритий розподільник можна відкривати тільки з дозволу санітарного догляду й висновку його про придатність приміщення і місця його розташування.

2. Забороняється влаштовувати закритий розподільник на територіях, де містяться підприємства, що своєю діяльністю можуть забруднювати та псувати харчові продукти, а саме — склепи ганчір'я, кісток, рогожі, утилізаційні підприємства та інш.

3. Закриті розподільники треба розташовувати в місцях найзручніших для більшости населення, що обслуговується цим розподільником, використовуючи тільки надземні поверхи; для допоміжних приміщень: комори, льоху, помешкання тари — можна використовувати напівпідвальні та підвальні поверхи.

Примітка: Розташування закритих розподільників можна на потрібні випадки припускати з дозволу санітарного догляду в напівпідвальному поверсі тільки за умов, коли приміщення буде досить просторе, сухе, світле й добре вентилюється.

4. Приміщення закритого розподільника повинно бути спеціяльно встаткованим для розподілу різних груп продуктів, причому треба забезпечити, щоб не було шкідливого впливу одних крамів на інші.

Закритий розподільник мінімально мусить складатись з трьох приміщень:
а) з крамниці з прилавками для продажу продуктів і каси;
б) з комори із засобами для холодного зберігання продуктів, що швидко псуються;
в) із запасних приміщень для продуктів і тари.

Примітка: Розподільники з кількістю службовців од 10 й більше, повинні мати також кімнату для відпочинку персоналу й контори.

5. Приміщення закритих розподільників повинно бути просторим, незавантаженим, сухим, світлим, з достатньою вентиляцією. Височінь помешкання, де відпускають продукти, мусить бути не менш, як 3,2 м., допоміжні — 2,8 м., світовий коефіцієнт помешкання для відпуску продуктів не менш, ніж 1:8, а для контори й кімнати відпочинку не нижче 1:10.

Всі допоміжні приміщення треба забезпечити денним або штучним освітлюванням.

6. Стіни й стелі приміщень повинні бути без щілин, їх треба будувати так, щоб можна було легко й зручно чистити. Стіни треба вифарбовувати світлою олійною або жмастною фарбою на височінь $1^1/_2$ метри.

У відділах спеціяльного відпуску продуктів, молока й м'яса, треба робити панелі з плітинок, або іншого матеріялу, що не пропускає води й добре піддається очищенню. Підлоги повинні бути гладкі, без щілин, щоб їх легко можна було чистити та мити.

7. Ріжні люки, льохи повинні мати постійне й дійсне огородження, щоб запобігти нещасним випадкам. Східці, підвали повинні мати поруччя (перила), відповіді вимогам будівельних і пожежних правил.

Додаток № 3 до обіжника НКОЗ № 55512/236, з 20-VI 1931 р.

Н.К.О.З. У.С.Р.Р.

Погоджено з Держпляном УСРР

Ф. П. З. 04/1931

Піврічний звіт про профотруєння и профзахорування

Надсилати 5 липня та 5 січня за минуле півріччя до промсангрупи НКОЗ

район / місто кол. округа

За півріччя з по 193...... р.

№№ по черзі	Назва підприємств	Кількість робітників без молод. обслужн. персоналу: На начало півріччя	Кількість робітників без молод. обслужн. персоналу: На кінець півріччя	Профотруїння: Без втрати працездатности	Профотруїння: З втратою працездатности	Профотруїння: Тих, що закінчились смертю	Профотруїння: Разом	Із загальної кількости випадків профотруєнь було: Окись вуглецю	Хлор	Сірковуглець	Окись азоту					Профзахорування: Без втрати працездатности	Профзахорування: З втратою працездатности	Профзахорування: Тих, що закінчились смертю	Профзахорування: Разом	Із загальної кількости випадків профзахорувань було: Шкіряний рак	Опік хемічн. речовинами	Дерматити	Сибірка				
	1	2	3	4	5	6	7	8								9	10	11	12	13							
1																											
2																											
3																											
4																											
	і так далі																										

Підпис ст. промсанлікар / промсанлікар

Примітка: На гази й речовини, а також захорування, що їх не передбачено в перелічених графах, якщо вони викликають профотруїння і профзахорування — до даної форми додаються нові графи на кожний окремий газ, речовину і захворування.

Отже НКОЗ вважає за потрібне, щоб профзахбюра та промсанлікарі складали систематичні доповіді про свою роботу та про завдання, що стоять перед ними, на секціях охорони здоров'я, у страхових органах, у профрадах, у райкомах спілок, завкомах тощо. У своїх доповідях треба висвітлювати стан роботи, свої досягнення, труднощі, що перешкоджають роботі, перспективи тощо.

Одночасно профзахбюро повинно на засідання своєї колегії запрошувати представників зазначених організацій.

НКОЗ вважає встановлення такого порядку за обов'язкове і пропонує взяти це до неухильнього керівництва.

Копії протоколів нарад, де буде заслухано доповіді профзахбюро та промсанлікарів належить надсилати до промсангрупи НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян.**

Керівник промсангрупи **Ерман.**

(Об. лист НКОЗ з 20 червня 1931 р. № 555-11).

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ.

Затвердив: Нарком охорони
С. Канторович.
12 квітня 1931 р.

143. Санітарні правила влаштування та експлоатації закритих розподільників

1. Закритий розподільник можна відкривати тільки з дозволу санітарного догляду й висновку його про придатність приміщення і місця його розташування.

2. Забороняється влаштовувати закритий розподільник на територіях, де містяться підприємства, що своєю діяльністю можуть забруднювати та псувати харчові продукти, а саме — склепи ганчір'я, кісток, рогожі, утилізаційні підприємства та інш.

3. Закриті розподільники треба розташовувати в місцях найзручніших для більшости населення, що обслуговується цим розподільником, використовуючи тільки надземні поверхи; для допоміжних приміщень: комори, льоху, помешкання тари — можна використовувати напівпідвальні та підвальні поверхи.

Примітка: Розташування закритих розподільників можна на потрібні випадки припускати з дозволу санітарного догляду в напівпідвальному поверсі тільки за умов, коли приміщення буде досить просторе, сухе, світле й добре вентилюється.

4. Приміщення закритого розподільника повинно бути спеціяльно встаткованим для розподілу різних груп продуктів, причому треба забезпечити, щоб не було шкідливого впливу одних крамів на інші.

Закритий розподільник мінімально мусить складатись з трьох приміщень:

а) з крамниці з прилавками для продажу продуктів і каси;
б) з комори із засобами для холодного зберігання продуктів, що швидко псуються;
в) із запасних приміщень для продуктів і тари.

Примітка: Розподільники з кількістю службовців од 10 й більше, повинні мати також кімнату для відпочинку персоналу й контори.

5. Приміщення закритих розподільників повинно бути просторим, незавантаженим, сухим, світлим, з достатньою вентиляцією. Височінь помешкання, де відпускають продукти, мусить бути не менш, як 3,2 м., допоміжні — 2,8 м., світовий коефіцієнт помешкання для відпуску продуктів не менш, ніж 1 : 8, а для контори й кімнати відпочинку не нижче 1 : 10.

Всі допоміжні приміщення треба забезпечити денним або штучним освітлюванням.

6. Стіни й стелі приміщень повинні бути без щілин, їх треба будувати так, щоб можна було легко й зручно чистити. Стіни треба вифарбовувати світлою олійною або жмастичною фарбою на височінь $1^1/_2$ метри.

У відділах спеціяльного відпуску продуктів, молока й м'яса, треба робити панелі з плитинок, або іншого матеріялу, що не пропускає води й добре піддається очищенню. Підлоги повинні бути гладкі, без щілин, щоб їх легко можна було чистити та мити.

7. Ріжні люки, льохи повинні мати постійне й дійсне огородження, щоб запобігти нещасним випадкам. Східці, підвали повинні мати поруччя (перила), відповіді вимогам будівельних і пожежних правил.

8. Приміщення для продажу продуктів, персоналу та контори повинні мати гігієнічні приладдя опалювання. Температура підчас опал. сезону має бути не менш 15°С.

9. Устаткування й приладдя закритих розподільників треба так встатковувати і виготовляти з такого матеріялу, який легко піддається очищенню, не забруднюючи харчових продуктів. Всі полиці, стелазні, кроки — новинні бути настільки міцні, щоб витримувати відповідне навантаження. Вимірні, та інші приладдя, як сокири, ножі, щипці та інші повинні бути в достатній кількості та чисто зберігатися.

10. Відпуск таких видів продуктів, як молока, його продуктів, м'яса, риби, овочів бакалійного та гастрономічного краму та інш. треба провадити відокремлено. Для кожного з цих продуктів треба виділити окремі прилавки, ваги, полиці, ножі, тощо, на випадок потреби — також окремі приміщення.

Примітка: У приміщеннях, де зберігаються або відпускаються харчові продукти, забороняється зберігати і відпускати одяг, взуття, шкіряний, москательний та інш. крам.

11. Продукти, що їх відпускають та зберігають, треба огорожувати від рук і одягу покупців, від пилу і інш, відповідним устаткуванням, як шкляним або сітчастим бар'єром, міцним струмом повітря з автоматичними вентиляторами та від комах — шкляними шафами та скриньками.

12. Особи, що безпосередньо стикаються з харчовими продуктами — підлягають періодичному медичному отляду за персональною відповідальністю завідателя, мусять бути одягнені в спецодяг — білий халат.

Забороняється відпускати харчові продукти руками без відповідного приладдя (совка, щипців тощо).

13. Спецодяг та власний одяг персоналу треба зберігати в спеціяльних шафах з індивідуальними відділками для кожної особи.

Примітка: Виходячи з крамниці, робітники повинні залишити там спецодяг.

14. Всі приміщення, устаткування, інвентар, допоміжні приміщення, садиби й майданчики повинні бути завжди чисті: їх треба періодично вбирати, чистити та мити. Підлоги помешкань треба вимітати вохким засобом не менш, як двічі на день. при чому на ніч приміщення розподільннка не може залишитися не убраним. Тирси не дозволяється вживати для підстелювання. Генеральне вбрання приміщень привадиться щодекадно.

15. Приміщення закритого розподільника влаштовується так, щоб воно не мало безпосереднього сполучення з житловими помешканнями, останні треба відокремлювати від зачиненого розподільника капітальними стінами або глухими відтинкованими перепонами, що доходять до стелі й мають окремий вихід.

16. У приміщеннях розподільника забороняється ночівля.

17. У містах і залюднених пунктах, що мають водогінну мережу, треба приміщення закр. розподільників прилучати до водогону.

18. Для службовців розподільника треба мати вмивальник з достатньою кількістю води, мила і рушників.

19. В приміщенні розподільника повинна бути достатня кількість плювачок.

20. При закр. розподільниках мусять бути вбиральні, досить ізольовані від приміщень, де відпускають і зберігають харчові продукти.

У разі наявности каналізації, вбиральні, що при розподільниках, не повинні мати безпосереднього виходу в приміщення зберігання продуктів; якщо каналізації немає, вбиральні з вигребами розміщаються поза помешканням, на віддалі не менш, як 4 метри.

21. Накопичені покидьки та сміття треба своєчасно віддаляти від помешкання розподільника в сміттьові скрині.

144. Про санмінімум громадського харчування підчас жнив

До всіх РЗІ, секцій охорони здоров'я міськрад, копії до НКОЗ АМСРР та до уповноваженого НКОЗ в Одесі — тов. Волкового *)

Додаючи тут санітарний мінімум громадського харчування підчас жнив, Наркомздоров'я пропонує широко популяризувати цей санмінімум сільсько-госп. робітників та забезпечити громадське харчування в полі постійним сандоглядом та консультацією, беручи практичну участь у цій роботі.

Наркомздоров'я **Канторовіч** Кер. сектору науки **Я. Ліфшиц**

(Об. розп. НКОЗ з 20 червня 1931 р.)

*) Обіжник розіслано окремо санхарчовим лікарям.

САНМІНІМУМ

громадського харчування підчас жнив

А. Організація харчового пункту в полі

1. Місце для розташування харчового пункту треба вибрати недалеко місця розташування основної маси робітників, у місці найбільш захищеному від вітрів та за змогою недалеко джерела доброякісного водопостачання, бажано в критому приміщенні.

2. Харчовий пункт громадського харчування в полі повинен користувати так для варіння їжі й пиття, як і для миття посуду з доброякісної для пиття води, згідно з висновком місцевого медперсоналу, який повинен оглянути криницю або інші джерела водопостачання.

3. Води для пунктів громадського харчування в полі треба діставати, приставляти та зберігати в спеціяльно відокремлених відрах та діжках, що з них не користують для інших потреб. Воду треба приставляти в чистих закритих діжках з ґрантами.

4. Пункт громадського харчування в полі повинен мати обладнання для виготовлення, розподілу та вживання їжі, а також для миття посуду й виготовлення окропу, а саме:

а) декілька казанів для виготовлення окремих страв і потрібний для цього інший посуд; казани й посуд повинні бути не з шкідливого матеріялу—(заліза, олива, свинця тощо); треба вживати білої жести (бляхи), чорного чавуну, добре луженого мідного та залізного посуду, гончарного неполив'яного та інш.;

б) колодки та гладкі столи без щілин для обробки продуктів, повинні завжди утримуватися чисто, так само й щодо столів, ослонів, посуду, вилок, ложок тощо для вживання готової їжі;

в) треба мати спеціяльне приладдя для розділу їжі окремо для кожної страви.

5. Виготовляти їжу треба тільки з доброякісних харчових продуктів; гнилі продукти з неприроднім запахом, або дуже забруднені — треба вилучити із запасів пункту й передати для готування тварин.

6. Для зберігання харчових продуктів треба влаштувати спеціяльно обладнаний льох; продукти, що швидко псуються, треба приставляти на харчовий пункт щоденно. Хліб треба хоронити в спеціяльній скриньці та нарізувати його на спеціяльному столі.

7. Для вживання їжі треба кожного забезпечувати окремим прибором, а саме: посудом ложкою та вилкою. Так цей посуд, як і кухенний посуд треба після кожного користання добре вимити двічі гарячою водою та висушити.

8. Треба свідомо ставитися до виготовлення їжі, уникаючи недоварки або пригорання їжі в казанах та забезпечуючи її різноманітність.

9. В пункті громадського харчування та місцях розподілу їжі влаштувати вмивальник для миття рук.

10. Вживання їжі провадиться в години відповідних перерв; вживання їжі треба закінчити за півгодини до початку роботи.

11. Всі робітники, що виготовлюють страви, розподіляють їх та транспортують їжу, повинні одягатися підчас безпосереднього виконання обов'язків чистим спецодягом, мати чисті руки та нігті.

До цієї роботи не припускати хворих на заразливі хвороби. Не менше, як раз на місяць, цим робітникам треба робити медогляд.

12. Відходи та решту їжі треба віддаляти з місць розташування пункту громадського харчування декілька раз на день, а саме—після виготовлення їжі та кожного розподілу сніданку, обіду та вечері. Відходи, що ними не годують худоби, закопують в землю на віддаленні 20 метрів (10 сажнів) від харчпункту.

13. Місце розташування пункту громадського харчування треба утримувати чисто: забороняється забруднювати це місце калом, сечою та навозом.

Б. Транспортування та розподіл готової їжі.

1. Їжу треба транспортувати в посуді з нешкідливого матеріялу відповідно до п. 4 розд. „А“. Треба стежити, щоб гаряча їжа не охолоджувалася, а холодна не перегрівалася, не забруднювалася порохом та не розбовтувалася.

2. Місце розподілу їжі (пересувною кухнею або іншим засобом) повинно бути віддалено від місця роботи. Треба розподіляти їжу, за змогою, в місці найбільш захищеному від вітрів. Їжі вживають за столом з лавами.

3. Увесь посуд після використання треба забрати та віддати на пункт громадського харчування для миття окропом, а де можна, треба мити на місці.

4. Решта їжі зберігається та відвозиться до бази на годування худоби.

145. Із резолюцій першої Всеукраїнської наради в дезінфекційній справі.

(Нарада відбулася в м. Дніпропетровському 15-17 квітня 1931 р.)

1. Про організацію дезсправи в місті та районах і перспективи будівництва дезстанцій на Україні.

(Доп. ст. інспектора-епідеміолога НКОЗ — д-ра Б. Гандельсман).

1. Нарада підкреслює, що повну ефективність дезінфекційних заходів можна максимальною мірою забезпечити лише за умови найтіснішої ув'язки зі всією сумою протиепідемічних та загально-оздоровчих міроприємств.

2. Нарада відмічає, як велике досягнення на фронті охорони здоров'я, що повинно набувати виключно важливого значення в справі боротьби з епідеміями і розвитку дезінфекційної справи — це намічене та розгортуване тепер будівництво низки міських районних дезстанцій і підкреслює безперечну потребу й надалі розвивати будівництво нових дезстанцій та переобладнення тих, що вже існують за суто певним пляном, вкладаючи в його основу епідемчні та госп. економічні показники окремих відповідних пунктів на території Республіки, причому при будівництві дезстанцій треба враховувати потреби ПВО.

3. Нарада відмічає, що організоване та налагоджене тепер в республіці виробництво дезінфекційних камер і лазнево-пральних загонів, складає реальну базу для нагромадження надзвичайно цінного дезінф. майна, що значною мірою розв'язує питання масової обробки населення. Водночас нарада вважає, що так кількісно, як і якісно ця галузь виробничої діяльности ще геть не задовольняє щоденних потреб країни в дезустановках, що вимагає дальших енергійних заходів напрямком стимулювання її розвитку.

4. Нарада вважає за потрібне стимулювати дальший розвиток разпочатого на місцях будівництва стаціонарних дезінсекторів.

5. Нарада відмічає, що брак централізованого виробництва дрібної дезапаратури гальмує справу житлової дезінфекції, а тому просить НКОЗ невідкладно приступити до налагодження цього виробництва в Республіці.

6. Нарада вважає за потрібне розпочати ведення обліку і пляновости в справі поповнення міст та районів дезінфекційним майном і разом з цим відмічає, що треба посилити на місцях бережливість та увагу до санітарно-технічного стану дез-майна, враховуючи всі труднощі, матеріяльні та грошові, пов'язані з виробництвом цього майна.

7. Нарада звертає увагу НКОЗ на потребу розробити дезмінімум для района та міста (повним його обсягом), будівництво дезустанов, дезмайна, дезкадрів, норми та умови роботи, сплату труда дезкадрів, спецодягу, спецхарчування.

8. Нарада схвалює організацію Наркомздоров'ям Всеукраїнського дезбюра, яке за порівняльно-короткий термін свого існування проробило значну роботу, та настоює на дальшому існуванні та зміцненні дезбюра.

9. Нарада звертає увагу НКОЗ на потребу посилити видавничу діяльність у питаннях дезсправи, беручи на увагу повну відсутність на книжному ринкові відповідної літератури.

10. Нарада відмічає доцільність вишукування організаційних форм, які забезпечили б єдиність плянів та об'єднання сил і коштів господарчих органів та органів охорони здоров'я і громадських організацій, які провадять роботу в галузі дезінфекційної справи.

11. Нарада доручає Українському дезбюрові розробити низку інструкцій в питаннях раціоналізації методики дезпрактики, в першу чергу. по питаннях дезинсекції та санобробки робітничих житл.

12. Нарада доручає дезбюру, погодивши справу з НКОЗ, проробити питання про форму взаємовідносин дезбюра з сан. бак. інститутами та міжрайоновими санітарними станціями, а також по форми участи останніх в керівництві дезосправою на місцях.

13. Нарада констатує різке відставання пророботки наукових питань дезінфекційної справи та вважає за потрібне посилення роботи сан. бак. інститутів в цьому напрямку.

II. а) „Про боротьбу з комахами в робочому житлі“ (доповідь лікаря Бурштейна). **б) „Вживання хлорпікріну в практиці дезінсекцій“** (доповідь лікаря Бернадського). **в) „Дезінсекційні установки спрощеного типу“** (доповіді проф. Громашевського та інж. Розанова).

1. Ураховуючи важливу епідеміологічну ролю комах в розповсюдженні пошесних захорувань з одного боку, а також вибухи висипного тифу, як по великих центрах промислових районів, так і інших населенних пунктах, нарада вважає за потрібне вести систематичну плянову боротьбу зі всіма родами комах і в першу чергу з вошивістю.

2. Усю роботу щодо боротьби з вошивістю треба вести під поглядом профіляктичної дезінсекції, втягуючи в цю роботу всі господарчі органи, громадські організації та за самодіяльности всього населення.

3. Ураховуючи важливу ролю мух в розповсюдженні кишкових інфекцій, нарада вважає за потрібне вести боротьбу з ними пляновим порядком.

4. Зважаючи на збільшення кількости гуртожитків в промислових районах, а також і в колективізованому секторі, треба посилити увагу сандогляду в боротьбі з блощицями, блохами, тараканами пляновим порядком.

5. Успішність боротьби з комахами мусить базуватися на втягненні всіх мешканців гуртожитків в цю роботу, а також на систематичній механічній чистці приміщень.

6. Для пропаґанди ідеї боротьби з комахами в робочому житлі, як зі соціяльно-побутовим явищем, треба вести широку саносвітню роботу серед організованих мас населення, а також серед школярів старших груп.

7. На нових будівництвах треба сантехдоглядові звернути особливу увагу на влаштування долівок, стін, і т. інш., на вибір матеріялів, які не припускали б розвиток деяких видів комах.

8. Разом із цим нарада відмічає, що брак удосконаленої апаратури, дезустановок та інш. не може бути за підставу, щоб ухилятися від запровадження дезінсекційних заходів, що їх успішно можна здійснювати через найпростіші та загальнодоступні способи, прийоми (праска, руська піч, виварка, стрижка і інш.).

9. Нарада відмічає, що тип пересувної лазні з використовуванням агробудки, що запропонував інженер Розанов, може бути доцільним в умовах польових робіт, лісних розробок і т. інш., а тому просити НКОЗ організувати спробне виробництво цих лазень.

10. Вважати за потрібне серію дезінсекторів та парових камер, які продемонстрував інженер Розанов на цій нараді, передати для ознайомлення та висновок до дезбюра.

11. Нарада вважає за потрібне, щоб дезбюро через райсанорганізації зібрало би дані про типи найпростіших дезінсекторів, що є тепер на периферії, з тим, щоб на підставі зібраних матеріялів відмітити найкращі модифікації дезінсекторів та удосконалити їх. Райсанорганізаціям на місцях встановити систематичне наглядання за ефективністю діяння найпростіших дезінсекторів.

12. Відмічаючи цінність шукання метод газової дезінсекції з короткою експозицією, ухвалюючи роботу Київського сан. бак. інститрту та транспортної організації Південно-Західних дорог в справі пристосування хлорпікріну для потреб дезінсекції, нарада вважає за потрібне переводити експериментальну перевірку та вивчення цієї методи місцями там, де забезпечено достатній науковий контроль та керівництво від сан. бак. інститутів.

Треба також забезпечити дальше вивчення дезінфекційних та дезінсекційних властивостей хлорпікріну та перенести спостереження їх в умови житлової дезінсекції з одночасним вивчанням питань дегазації.

146. Про збирання та транспортування трупів тварин і будування й експлоатацію салотопень

(Тимчасові правила НКЗС, НКОЗ, Наркомпостачання і НКПраці)

I. Збирання та перевіз трупів

1) Збирати загинулі тварини та провозити трупи на салотопки для переробки на технічне сало можна з місцевостей, що їх не оголошено за небезпечні з дозволу місцевої влади, а із місцевостей, небезпечних на заразливі й пошесні хвороби тварин, **виключно за дозволу ветдогляду**.

Примітка: Забороняється збирати й переробляти трупи тварин, що загинули або що про них є підозріння на загибіль від чуми рог. худоби та епізоотичного лімфангоїду. Ці трупи обов'язково треба вивозити на скотомогильники та закопувати у землю разом із шкірою.

2) Перевіз трупів на салотопні провадиться на спеціяльно обладнених возах, у закритих ящиках (скринях), оббитих з середини оцинкованим залізом. Ці вози з ящиками повинні бути при кожній сільраді та салотопні.

Примітка: Вози з ящиками після кожної перевозки дезінфекуються при салотопні за вказівками ветдогляду. Використовувати вози та ящики для інших перевозів забороняється.

II. Відвід участків для будування салотопень

3) Вибирати участки землі під салотопні належить комісії в складі представника місцевої влади, охорони праці, сан та ветдогляду, причому салотопні будуються лише поза смугою селищ, не ближче 1 кілометра від житлових будівель, недалеко скотомогильників та на терені, де не передбачається поширювати смугу для заселення.

4) Забороняється будувати салотопні: а) на березі річок, озер та інших водозбірників громадського користування, б) поблизу громадських місць відпочинку парків, гаїв, майданів для фізкультури, фабричних підприємств, санітарно-лікувальних установ, шляхів випасів для худоби та біля різниць.

5) Салотопні можна будувати лише в місцях і селищах, де забезпечується постійний ветеринарний та санітарний догляд їх.

6) Нові салотопні будуються згідно з типовим проектом, що його затвердила сантехрада при НКОЗ. Пристосування існуючих салотопок належить провадити з дозволу місцевого сан та ветдогляду з максимальним наближення до типового пляну.

7) Внутрішні стіни виробничих приміщень салотопні повинні мати висоту не менш 3 метрів та не пропускати рідини на височіні не менш 1,5 м., вікна повинні бути не менш $1/8$ загальної площі підлоги та бути на височині не менш 1 метра від підлоги.

8) Приміщення салотопні для виробу сала складаються з 2 відділів підготовчого для розробки та розтину трупів та ізольованого від нього—салотопного.

9) Приміщення, де провадиться розробка трупів та витоп сала, повинні мати приймально-висмоктувальну вентиляцію, над казанами—спеціяльні ковпаки із самостійною системою вентиляції.

10) Підлога в виробничих приміщеннях салотопні мусить бути непроникლива з матеріялів, що не пропускають рідину—(воду)—(цемент, асфальт та інш.) та мати схил не менш 0,01 до сточних рівчаків.

11) Садиби салотопень зо всіма майстернями, господарчими будинками треба огорожувати густим щільним тином не менш, як на 2 метри висоти. Житлові приміщення—будувати на терені салотопень забороняється.

12) Салотопні треба обов'язково забезпечувати достатньою кількістю води для виробничих та санітарних потреб.

13) Для збирання сточних вод та бруду мусять бути спеціяльні непроникливі приймоники стаціонарного або здіймаого типу. Сточні води належить знезаражувати та своєчасно виводити їх у призначені для цього сандоглядом місця.

III. Виробництво сала з трупів

14) До переробки на салотопнях, трупи оглядає ветлікар або його помішник, які в разі потреби роблять розтин, після чого тільки за висновком ветдогляду трупи припускається до переробки.

15) Переробку трупів належить провадить не пізніш, як на другу добу після приставки їх на салотопні.

16) Виварку трупів у казанах салотопні треба провадити не менш, як протягом 7 годин за температури кипіння.

17) Для обліку трупів на кожній салотопні мусить бути реєстраційна книжка, де зазначається час привозу трупа, місце, звідки труп поступив, вид тварини, назву документів, за якими привезено трупа та висновок ветсандогляду та салотопні.

18) На салотопні завжди мусять бути дезінфекційні засоби (карболка, вапна та інш.) та невеличка аптека для першої допомоги: йод, сулема, перев'язувальний матеріял, тощо.

19) По всіх салотопнях треба споруджувати душі та роздягальні з розрахунку 1 лійка на п'ять чоловіка, 1 умивальник та 1 кран на п'ять чоловіка, індивідуальні рушники та нігтечистки для робітників та мило, не менш як 400 грам на м-ць кожному робітникові.

20) Робітників забезпечують коштом салотопні спецодягом за такими нормами:
1) комбінація з міцної тканини—2 пари на рік.
2) Непроникливі (з церати або шкіри) фартук з нагрудником—один на рік.
3) Взуття на дерев'яній підошві з ремонтом коштом господарчої організації - 1 пара
4) Брезентові рукавиці 1 пара на м-ць та ґумові рукавиці (як інвентар) за розділу туш.

22) Щоденно, після закінчення робіт, належить провадити дезінфекцію струменту та спецодягу й ретельно прибирати всі приміщення та садиби салотопні.

22) Ці правила не стосуються до пересувних салотопень, що переробляють туші ховрашків.

За Наркомземсправ **Салуєвіч**

Заст. Наркомпраці **Піскарьов**

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляк**

НКпостач. (підпис) Заст. нач. Укрветупру **Поздняков**

147. Зразки щепільних карток*).

Пояснення до зразків щепільних карток

Друкуємо 2 зразки щепільних карток проти дифтерії та шкарлятини А и Б. Картка А **меньшого розміру** призначається для масової вакцинації.

Картка Б—**більша** призначається для щепіння тих дитячих груп, де можна забезпечити дальше спостереження, докладне вивчення та контроля вакцинованих.

Зазначені картки друкуються з обох боків. Спереду друкується перша частина картки, включно довідку про щепіння.

На звороті друкується друга частина під заголовком: III. Активна імунізація. Теж стосується до картки щепіння проти черевного тифу. На звороті друкується дані про щепіння, серію, дозу й т. інш.

Керівннк епідгрупи **Пижов**

САНОСВІТА

148. Про організацію гігієнічних консультацій

До всіх секцій охорони здоров'я МР, РЗІ.

Копія НКОЗ АМСРР, МСУ Півден., Катер. та П—З залізниць та до всіх будинків санкультури й райсаносвіт.

Звертаючн В/увагу на доведену ефективність гігієнічних консультацій в справі оздоровлення праці й побуду та надаючи розгорненню мережі гігієнічних консультацій виключного значіння, Наркомздоров'я пропонує при всіх будинках санкультури, а зокремо при поліклініках та єдиних диспансерах, що нараховують більш 6 лікарів організувати гігієнічні консультації.

В практичній роботі треба користуватися матеріялами, що їх виголошено в збірці „Методика санитарного просвещения" № 2, що її свого часу було до В/ надіслано.

Організуючи консультацію при поліклініці, треба:
1. Обов'язково утворити такі кабінети:
а) гігієна побуту (житло, одежа, харчування).
б) профгігієна (стосовано до професій переважних в районі поліклініки).
в) гігієна відпочинку (фізкультура, використовування вихідного дня, відпустки щоденного відпочинку). (Кінець див. стор. 362—363).
г) гігієна шлюбу.

*) Див. стор. стор. 356—362.

Картка А

КАРТКА ЩЕПЛЕНЬ ПРОТИ ШКАРЛЯТИНИ ТА ДИФТЕРІЇ
(масова)

Ч. Ж.	1. Назва медсан. установи	№............
2. Район	Залюд. пункт	3. Картку складено „........“..........193.....р.
4. Прізвище	ім'я по батькові	Вік рік. міс.
5. Адреса прищеплюваного	район залюдн. пункт	вул. буд.
6. Соцстан батьків: промробітник, сіль. госп.. робітник, службовець, член колгоспу, одноосібник, кустар інш.	II. РЕАКЦІЯ ШИКА	Зроблено „........“..........193 р.
	Назва установи, що виготув. розчин..........	
	Реакцію перевірено „........“..........193 р.	
	Наслідки: позит., позит-комбін., негатив.	
	Активну імунізацію призначено на „........“.......... не призначено	

38. Оргстрой А.7 + 1/2 Запоб. щепл. дифт. та шкарл, ф. № — ПЕ 07 НКОЗ 31.

У. С. Р. Р.

НКОЗ

..........

..........

..........

Зберігай, пред'явиш лікареві

ДОВІДКА

Тов.

зроблено разову вакцинацію / ревакцинацію проти

дифтерії, шкарлятини, дифтер. та шкарлят. разом

„........“..........193 р.

(потрібне підкреслити).

Підпис лікаря..........

Продовження друкувати на звороті.

(продовження)

III. АКТИВНА ІМУНІЗАЦІЯ	Впорснуто: протидифт. мішанину, анатоксин, вакцину, шкарлятин. комбіновану

8.		Дата	Серія	Доза	Місцева реакція	+ о	Загальна реакція
Проти дифтер. або комбін	1						
	2						
	3						
Проти шкарлятини	1						
	2						
	3						

9. Перевірочна реакція ШИК'а „..........“..........193 р. позитивна / негативна

10. Назва санбакінст., що виготував матеріял для імунізації

Увага:

В розд. III, „місцева та загальна реакція“ і позитивних випадках зазначити +, у негативних —, + о — числом. Якщо одну й ту саму особу щеплять не комбіновано, а через деякий час, то нової картки не складати, а заповнювати відповідні графи цієї картки.

11. Прищеплюваний захворів „..........“..........193 р. на дифтер. / на шкарлят.

не захворів Підпис лікаря..........

Картка Б

КАРТКА ЩЕПЛЕНЬ ПРОТИ ШКАРЛЯТИНИ ТА ДИФТЕРІЇ
(дослідна)

Ч.	Назва медсан-установи	№
Ж.	Район Залюдн. пункт	Дата складання картки „..........“..........193 р.

1. Прізвище щепія і'мя	2. Вік р. м.	Застрахований чл. род. застр. не застрахов.

3. Адреса щепія
Район Залюдн. пункт вулиця буд. №

4. Соцстан батьків: промробітник, с.-госп. робітник, службовець, чл. колгоспу, одноосібник кустар, інші	7. Коли щеплено останього разу а) проти дифтерії „..........“..........193 р. одноразово, 2 разово, 3 разово, не щеплено. б) проти шкарлятини „..........“..........193 р. однораз., 2 разов., 3 раз., 4 раз., не щеплено.
5. Прищеплюваний: Перебуває в закритій установі, ні Відвідує школу, дитсадок, консультацію, ясла.......... ні	
6. За останній місяць в помешканні, будинку, де мешкає прищеплюваний, по сусідству в дитустанові. що він її відвідує. Захворування на дифтерію були, не були Захворування на шкарлятину були, не були	II. РЕАКЦІЯ ШИК'а — Зроблено „..........“..........193 р. Назва установи, що виготувала розчин.......... Реакцію перевірено Наслідки: позит., позит.-комбін., негативні. Активну імунізацію призначено на „..........“ не призначено

37. Оргстрой А. $6 + 1/2$ Засоб. щеплення проти дифт. та шкарлят. ф. № ПЕ 06 НКОЗ 31

У. С. Р. Р.
НАРКОМЗДОРОВ'Я

..........

..........

„..........“..........193 р.

№..........

Зберігай: пред'явиш лікареві.

Д О В І Д К А

Тов...........

Зроблено... разову $\frac{\text{вакцинацію}}{\text{ревакцинацію}}$ проти дифтерії, шкарлятини, дифтерії та шкарлятини разом.

„..........“..........1293..........р.

(потрібне підкреслити)

Підпис лікаря..........

(продовження)

III. АКТИВНА ІМУНІЗАЦІЯ	Впорснуто: протидифт. мішанку, анатоксин, вакцину, шкарлятину комбіновану.

8.		Дата	Серія	Доза	Місцева рнекція		Загальна реакція: Біль голови	Ангіна	Плеврит
Проти дифтерії або комбінов.	1								
	2								
	3								
Проти шкарлятини	1								
	2								
	3								

8. Назва сан. бакінстит., що виготовляє матеріял для імунізації.

9. Перевір. реакція ШИК'а — Позитивна негативна

"........"........................193 р.

10. Спостереження після щеплення:

прищеплюваний захворів на дифтерію

"........" ..

прищеплюв, захворів на шкарлятину, не захворів

"........" ..

11. Перебіг хвороби:

легка, середня, тяжка

легка, середня, тяжка

13. Ускладнення були на серце, легені, нирки, залози не були:

13. Хороба закінчилась одужанням, смертю

14. Підпис лікаря

Увага: Надруковане курсивом підкреслювати. В розд. III „місцева та загальна реакція" у позитивних випадках зазначити +, у негативних — + о — числом, якщо одну і ту саму особу щеплено проти шкарлятини й проти дифтерії не комбіновано, а через деякий час — нової картки не складати, а заповнювати відповідні графи цієї картки.

У разі захорування додати картку епідемічного обслідування

КАРТКА ЩЕПЛЕНЬ ПРОТИ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

1. Ч. / Ж.	2. Назва медустанови	4. „.........“.............. р. Дата склад. картки	№..........

6. Прізвище	і'мя	по батькові	Вік

7. Адреса прищеплюваного
Район Залюдн. місто вулиця буд. №

8. Соцстан прищеплюваного або особи, на утриманні якої він є	9. Робітник, службовець, член колгоспу, одноосібник, кустар інший	10. Працює сам, на утриманні в....................................

11. Підприємство або установа, де працює	13. Коли останній раз щеплено проти черевного тифу та скільки разів „..........“........................ 193 р..........
12. Професія	

14. Вакцинація / Ревакцинація	15. Підшкір. суха, рідка (вакцина) Шеплення проти: черевн. тифу, паратифу А, паратифу В, різачки холери	16. В разі полівакцини підкреслити в с і відповідні назви

Оргстрой А. 7 — Запобіжне щеплення проти кишкових інфекцій — ф. — ПЕ 08 НКОЗ 31

У. С. Р. Р.
НАРКОМЗДОРОВ'Я

..............................

..............................

..............................

№..................

Зберігай, пред'явиш лікареві.

ДОВІДКА

Тов...

Зроблено............разову $\frac{\text{вакцинацію}}{\text{ревакцинацію}}$ проти черевного тифу, паратифу А, паратифу В, різачки, холери

„..........“.............................. 193 р.

(потрібно підкреслити)

Підпис лікаря

Продовження друкувати на звороті.

(продовження).

Щеплення	Дата, рік, місяць, число	Серія	Доза	Місцева реакція	+ °	Біль голови	Шлунково-кишкові явища	Кепське загальне самопочут.	
а	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I									
II									
III									

Назва установи що виготувала вакцину

Спостереження після щеплення:

1. Прищеплюваний захворів: на черевний тиф, паратиф А, паратиф В, різачку, холеру коли саме. „.........“..............................193 р.
2. Перебіг хвороби: легка, середня, важка
3. Наслідки: одужання, смерть.

Потрібне підкреслити

Увага: В разі захворування додати картку епідемічного обслідування.

Підпис ..

КАРТКА ВІСПОЩЕПІННЯ

1. Ч. Ж.	2. Назва медустанови		№..........	5. Вакцин. Ревакцин.
	3. Район Залюд. пункт	4. Картку складено 193 р		

6. Прізвище і'мя по батькові	7. Вік рік м.	8. Колгосп Радгосп

9. Місце перебування
Район Залюдн. пункт вул. буд. №

10. Соц. стан. прищепл., або особи, на утриманні якої він перебуває	11. Серія детриту	Назва установи, що виготовувала детрит	Коли виготовлено детрит „..........“..........193 р.

Промробітник с. г. робітник Службовець Одноосібник Член колгоспу кустар Інший (підкреслити)	14. Останній раз щеплено „..........“..........193 р. Підпис віспощепія	
	15. Перевірено „..........“..........193 р. Наслідки: позит., негативн, непевна	16. Ускладнення Підпис особи, що перевіряла

43. Оргстрой А. 7. Реєстрація віспощепінь ф. М—П. 05 НКОЗ 31

У. С. Р. Р.
НАРКОМЗДОРОВ'Я

..........
..........

„..........“..........193 р.
№..........

Зберігай пред'явиш лікареві

ДОВІДКА

Тов...........

Зроблено вакцинацію / ревакцинацію проти віспи

„..........“..........193 р.

Підпис..........

(*продовження зі стор. 355*)

Там, де є лікарі ОЗДП або Охматдиту, обов'язково утворити кабінет з питань гігієни виховання, гігієни школяра й підлітка.

2. Для роботи консультації вилучити певні години коштом робітного часу, з таким розрахунком, щоб кожний лікар витрачав на консультацію не менш, як дві години на п'ятиденку та щоб робота консультації перебігала регулярно у певному місці, не рідше, як два дні на п'ятиденку.

3. Для консультації треба вилучити або окреме приміщення, або пристосувати для неї приміщення кабінетів, вільних від прийому лікарів, постачити консультацію літературою й наочним приладдям. Варто для роботи консультації використати приміщення клюбу.

4. Розгорнути навкруги консультації масову роботу, обговоривши відкриття її на засіданнях КОПІП'у, здоровосередків, профорганізацій, притягнувши на допомогу громадський актив охорони здоров'я та висвітливши її завдання, час організації та порядок роботи у місцевій пресі.

5. До роботи в консультації у відповідних кабінетах (а за потребою, організувавши нові) притягти, крім лікарів поліклініки, лікарів лікарень та інших закладів охорони здоров'я.

6. Загальне керівництво роботою консультації покладається на місцевий будинок санкультури або райсаносвітбазу, а коли їх немає, то на райздоровінспектора. Практичне керівництво здійснює завполіклініки, оскільки гігієнічна консультація є невідіймана складова частина поліклініки, або особа за призначенням завполіклініки.

7. Організаційно-адміністративні витрати на гігієнічну консультацію провадяться на загальних умовах, як і до решти відділлів поліклініки.

Про утворення гігієнічних консультацій та перешкоди в роботі треба повідомити групу санкультури НКОЗУ.

Наркомздоров'я **Канторовіч.**

Керівник групи санкультури **Кузнецов.**

(Об. розп. НКОЗ № 532—11 з 30 травня 1931 р.)

149. Про радіофікацію санкультроботи

До всіх секцій охорони здоров'я МР та РЗІ, копія НКОЗ АМСРР, МСУ Південих, Катер. та П. З. залізниць, до всіх будинків санкультури та райснаба

Зважаючи на те, що на місцях майже зовсім не розгорнуто радіофікації санітарно-культурної роботи, й центральне та місцеве радіомовлення та трансвузли майже зовсім для цього не використовуються, Наркомздоров'я пропонує:

1. Там, де є місцеві радіомовні станції та трансвузли, організувати регулярне пересилання з питань санітарної культури, або трансляцію пересилань центральних та місцевих радіостанцій, погодивши це питання з керівниками радіомовлення.

2. Як методи місцевого чину, використати: популярні розмови, радіожурнал, радіомітинг, та включитися в масові форми пересилань на місцях.

3. Організуючи трансляцію центральних, або місцевих станцій користатися із щоденного календаря, що його друкується додатком до журналу „Радіо", який є на кожному трансвузлі; на крайній випадок, цей журнал слід передплатити. Зміни календаря оголошуватимуться етером.

4. Організуючи трансляцію чи місцеве радіомовлення, скористати місцеві трансвузли, погодивши питання про регулярну трансляцію центральних пересилань та забезпечивши колективне слухання цих пересилань при будинках санкультури, райсаноствітбазах, сельбудах, школах тощо й притягнувши для участи в цій роботі актив охороны здоров'я.

5. Організуючи місцеве радіомовлення через місцеві станції та трансвузли тематику пересылань будувати із питань політики й практики охорони здоров'я стосовно до умов району, де розташовано трансвузол, скориставши в такій спосіб транвузол, яко масову авдиторію.

6. Як метод роботи, що допоможе удосконалити центральне й місцеве радіопересилання (Київ, Дніпропетровське, Одеса, Сталіне и Харків), улаштувати обговорення пересилань після колективного слухання; утворити гуртки й бригади радіокорів з питань охорони здоров'я до центральних та місцевих радіоцентрів, тримати зв'язок з радіокорами та з організаторами пентральних та місцевих пересилань, надсилаючи до них вказівки про хиби їхньої роботи, замовляючи тематику тощо. Адреса Центрального Всеукраїнського пересилання—Харків. 10, вул. Вільної академії 6—8 редакція журналу „Шлях до здоров'я", радіо-група, місцевих—відповідний будинок санітарної культури.

Про наслідки зробленої роботи та про перешкоди щодо цього, треба повідомити групу санкультури НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторовіч.**

Керівник групи санкультури **Кузнецов.**

(Об. розп. НКОЗ № 530—10 з 15 червня 1931 р.

150. Про схов та використання саносвітнього майна

До всіх райздоровінспектур і секцій охорони здоров'я міськрад. Копії НКОЗ АМСРР, МСУ Півден. Катер. та П. З. залізниць. До всіх будинків санкультури та райсанбаз

Наркомздоров'я має відомості, що саносвітнє майно, наочне приладдя, література, плякати в будинках санкультури, райсаносвітбазах та інших установах охорони здоров'я переховується так, що незабезпечена його цілість, а використовується недоцільно, або зовсім не використовується.

Трапляються випадки, коли майно, надіслане базою санкультури НКОЗ, не одержується своєчасно на почті і залізниці, незважаючи на те, що це не потребує жадних витрат. Трапляється, що одержане іноді до термінових кампаній майно лежить в приміщеннях згаданих установ декілька місяців, або, навпаки, майно надіслане до специфічних кампаній (щепійна, протиепідемічна) зараз же розпорошується без будьякої системи і потреби в цьому.

Використання майна, особливо плякатів, також провадиться без будьяких міркувань, мати певний саносвітній ефект: плякати розвішуються майже виключно у приміщеннях медичних установ і часто там, де хорий та відвідувач буває зрідка (кабінети, канцелярії тощо); про долю плякатів та книжок виданих для інших, не медичних установ, ніхто не дбає. Саме розвішування плякатів провадиться без системи, неохайно, плякати псуються величезними цв'яхами, висять декілька місяців без зміни, у павутинні та поросі, на них наліплюють різні оголошення тощо.

Розцінюючи таке ставлення до саносвітнього приладдя, як псування державного майна, звертаючи В/ увагу на те, що недоцільне й неохайне використовування майна дискредитує санітарно-культурні заходи, Наркомздоров'я, під особисту відповідальність керівників будинків санкультури, райсаносвітбаз та медсанустанов, за контролем зав. секцій охорони здоров'я та райздоровінспекторів категорічно пропонує:

1. Негайно переглянути запаси саносвітнього майна для біжучої роботи, розподіливши потрібну кількість його між установами охорони здоров'я та іншими організаціями. Забезпечити від псування запаси майна, призначені для різних кампаній.

2. Використовуючи окреме майно по медсанустановах, робити це за певною системою й тематикою, не припускаючи забруднення розвішеного майна, взявши плякати в рямки і під шкло й змінюючи періодично зміст куточків здоров'я, виставок тощо.

3. Розподіляючи майно по немедичних установах, слідкувати, щоб воно не псувалося і використовувалося якнадоцільніше, за вказівками саносвітробітників та лікарів району, міста, села; утворити при цих установах на спільні витрати постійні куточки здоров'я і тематичні виставки.

4. Негайно забезпечити всі медсанустанови району плякатами й популярною літературою, організувавши там тематичні виставки, куточки здоров'я, стінні газети для хорих, а також читальні в почекальнях; для читалень обов'язково передплатити певну кількість примірників журналу „Шлях до Здоров'я".

Про виконання повідомити групу санкультури НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторовіч.**

Керівник групи санкультура **Кузнецов.**

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

151. Про медобслуговування безперервки та сьомигодинки

(Окремо не надіслано)

До всіх РЗІ та секцій охорони здоров'я міських рад. Копія до НКОЗ АМСРР

Рада Народніх Комісарів УСРР визнала за потрібне закінчити цього року перевід робітників усієї промисловости УСРР на 7 год. робітний день і доручила Наркомздоров'я пристосувати медобслуговування робітників, що перейшли на 7 год. день та на безперервний роб. тиждень, до їхніх виробничих та побутових умов.

НКОЗ складав з приводу цього чимало директив, розпоряджень та обіжників. Неодноразово давав НКОЗ вказівки про потребу передбачити в плянах та контрольних числах заходи, зв'язані з пристосуванням медсанобслуговування до умов берперервки та сьомигодинки.

Проте, за відомостями, що надходять до НКОЗ, на місцях ще не дійшли належного зрушення, щоб повніше пристосувати медсанмережу до умов обслуговування безперервки та семигодинки.

Отже, ґрунтуючись на постанові РНК, колегія НКОЗ своєю постановою з 17 квітня ц. р. запропонувала повністю закінчити справу пристосування медсанобслуговування до конкретних умов виробництва та робітників згаданих підприємств протягом другого й третього кварталів 1931 року. Щоб це здійснити, НКОЗ пропонує:

1. Якщо є ще медсанустанови в промислових районах та окремих робітничих селищах, що не перейшли ще на безперервний робітничий тиждень, негайно перевести ці установи на такий порядок роботи, себ-то на безперервне функціонування (на безперервний роб. тиждень).

2. Повнотою закінчити перехід амбуляторно-поліклінічної мережі на роботу в $1^1/_2$ та 2 зміни. Там, де за місцевими умовами з будьяких причин цього неможна зробити, пропонується влаштувати в амбуляторіях та поліклініках ранковий та вечірній прийом, повідомивши НКОЗ про причини неможливости запровадження додаткових змін.

3. Негайно розпочати повне здійснення постанови РНК з 20 березня 1930 р. „про розширення пунктів першої допомоги".

Пункти першої допомоги повинні бути в усіх підприємствах металевої, хемічної вугільно-рудної та текстильної промисловости, що мають понад 250 робітників. Для реалізації цього треба негайно пред'явити вимоги до госпорганів, щоб надали вони приміщення та обладнали пункти першої допомоги. Здоровінспектури повинні забезпечити пункти кадрами та медустаткуванням.

4. Негайно вжити всіх заходів, щоб пункти першої допомоги обслуговували повнотою всі робочі зміни підприємств.

5. Всі підприємства треба забезпечити постійним санітарним транспортом для перевозу хворих. Згідно з чинними щодо цього законоположеннями це мусить провадитися коштом госпорганів.

6. Прийом хворих робітників стаціонари мусять провадити протягом цілого дня.

7. Особливу увагу треба звернути на обслуговування жінок-робітниць, поставивши собі завданням якнайповніше охопити всіх дітей працюючих жінок яслами та майданчиками. По підприємствах важкої індустрії та вугільної промисловости охоплення дітей робітниць довести обов'язково до 100%.

Щоб перевести обслуговування робітниць вечірніх змін, треба ясла та майданчики перевести на систему багатозмінної роботи.

Підкреслюючи потребу терміново здійснити всі зазначені тут заходи, НКОЗ пропонує, розв'язуючи питання про пристосування медобслуговування до умов роботи підприємств, ураховувати умови роботи кожного підприємства окремо.

Уся ця робота повинна закінчитися протягом третього кварталу 1931 року.

Про всі моменти, що гальмують або загають справу, негайно сповіщайте НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторович**

(Об. розп. НКОЗ № 316—24—281 з 18 червня 1931 р.)

152. Про медобслуговування ударників

До всіх секцій охорони здоров'я міськрад, до всіх райздоровінспекторів МСУ, Дніпрельстану й Тракторобуду

Копія НКОЗ АМСРР

Успішне здійснення побудови фундаменту соціялістичної економіки СРСР, виконання в скорочений термін п'ятирічного пляну викликали до життя велике піднесення ентузіязму робітничих мас країни.

Цей ентузіязм знайшов собі вираз в нових соціялістичних формах праці, як ударництво, соцзмагання, наскрізні бригади, зустрічний промфінплян та інш. Всі ці форми роботи дали настільки велике зрушення в виконанні виробничих програм що поставили цілком реально дотерміноре виконання п'ятирічки.

Безумовно, цей рух вимагає до себе великої уваги від усієї радянської суспільности, особливо від органів охорони здоров'я.

Тимчасом, за відомостями, які надходять до НКОЗ місця ще недосить уважно поставилися до цього питання й справа медсанобслуговування залишається не ув'язаною зі справою ударництва.

Виходячи з зазначеного, НКОЗ пропонує негайно вжити всіх заходів щодо спеціяльного медсанобслуговування ударників але в основному повинно полягати в нижчезазначеному:

1. В усіх поліклініках, амбуляторіях, прийом ударників повинен провадитись за бронею підприємств позачергово.

2. Надаючи спецвиди допомоги, в першу чергу повинно надавати їх ударникам (нічні санаторії, дієтдиспансери, спецлікування тощо).

3. Відряджуючи до будинків відпочинку, санаторій та курортів, надавати завжди перевагу ударникам.

4. Діти ударників та ударниць повинні безвідмовно прийматись до дитячих установ (ясла, майданчики).

5. Крім того, слід через КОПІІ'и вживати заходів до поліпшення побутових умов ударників (дбати про поліпшення житлових умов, громадське харчування, санобслуговування тощо).

6. Взагалі ж слід взяти за правило, що, розподіляючи ті або інші дефіцитні види медсанобслуговування, перевагу завжди слід віддавати ударникам.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Кер. лік. проф. групи **Сиротенко**

(Об. розп. НКОЗ № 316—23—265 з 19 червня 1931 р.)

152-а. Про перевірку забезпечення соцсектору села аптечками та захисними окулярами на час збиральної кампанії врожаю 1931 року

До всіх райздоровінспекторів та секцій охорони здоров'я міськрад

Досі низка районів зовсім не подала відомостей про медобслуговування засівкампанії. Певна частина районів не приділила належної уваги питанням забезпечення соцсектоoу села аптечками першої допомоги на час цієї кампанії.

Наркомздоров'я пропонує під вашу особисту відповідальність вжити всіх заходів, щоб максимально та своєчасно забезпечено було всі без винятку колгоспиі радгоспи, лісгоспи, МТС польовими аптечками першої допомоги для таборів, індивідуальними пакетами для робітників, що працюють біля с--г. машин, захисними окулярами — на час жнив.

Цю роботу треба розпочати негайно, ні в якому разі не ставлячися до неї формально, а навпаки, притягуючи до неї господарчі та професійні організації.

Треба перед наступом збиральної кампанії врожаю перевірити, чи дійсно мають кожний радгосп, колгосп та МТС аптечки першої допомоги, індивідуальні пакети, захисні окуляри, вживаючи негайних заходів у разі таких бракує.

Треба встановити сувору систему контролю від медорганізації району щодо своєчасного поповнення аптечок.

Одноразово треба перевірити, як фактично забезпечено кожний колгосп, радгосп, МТС щодо наявности сануповноважених з колгоспників, що навчалися на короткотермінових курсах і яким доручено зазначені польові аптечки.

Наркомздоров'я попереджує, що цю директиву треба неухильно та точно виконувати всім районам незалежно від будьяких умов.

Член Колегії НКОЗ керів. лікпрофгрупи **Сиротенко**

(Об. розп. ОКОЗ № 318—33 з 25 червня 1931 року).

153. Про медобслуговування робітників підприємств Наркомпостачання

(Об. розп. НКПостач. СРСР № 305—33)

Всем об'единениям Наркомснаба СССР

По сообщению Наркомздрава УССР предприятия, подведомственные Наркомснабу СССР и расположенные на территории УССР, не обращають достаточного внимания на мед. сан. обслуживание рабочих своих предприятий и не выполняют полностью правительственных директив по этому вопросу. Между тем постановлением СНК СССР от 26-XII 1929 г. (Собр. Узак. СССР—30 г. № 1 ст. 6) возлагаеться на хозорганы промышленных и сельсько-хозяйственных предприятий обязанность предусматривать в планах строительства новых и значительно расширяющихся предприятий ассигнования на строительство необходимых медико-санитарных учреждений.

Постановлением СНК СССР от 12 1—1930 г. (Собр. Зак. СССР 1930 г. № 6 ст, 70) возлагается совместно на органы здравоохранения и на органы советских хозяйств больницами, медицинскими пунктами, санитарным надзором за местами пребывания работников, обеспечить работниц и жен рабочих родильной и акушерской помощью, организовать ясли и обеспечить первоочередный прием рабочих советских хозяйств в существующие медицинские учреждения.

п. 7 того же постановления возлагает обязанность на органы советских хозяйств полного обеспечения работников этих хозяйств банями с достаточной пропускной способностью.

Во исполнение указанных директив правительства Наркомснаб СССР предлагает всем подведомственным ему предприятиям и органам, расположенным на територии УССР, принять зависящие меры к обеспечению работников советских хозяйств всеми перечисленными выше видами медико-санитарного обслуживания в сроки, предусмотренные постановлением СНК СССР от 12-1—1930 г. путем заключения специальных договоров с органами НКЗдрава, предусматривая и согласовывая в них характер, об'ем, сроки, а также размер средств, отпускаемых по утвержденным финпланам предприятий и органов здравоохранения на медико-санитарное дело с таким расчетом, чтобы заключение этих договоров было закончено не позднее 10 июня 1931 г.

Зам. Наркомснаба **Лобов**.

Вірно: юрисконсульт НКОЗ **М. Спаський**.

154. Про соціяльно-побутове обслуговування членів промкооперації

До всіх райздоровінспектур, до всіх секцій охорони здоров'я міськрад. Копії до НКОЗ АМСРР і уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового, до медсанупру Дніпрельстану й Тракторобуду

(Розіслано 18 травня 1931 р.)

У багатьох районах України система кас взаємного соціяльного страхування та взаємодопомоги членів промкооперації широко розгортає оздоровні дитячі установи для обслуговування своєї застрахованої маси. Зз відомостями, що надходять від окремих районів, видно, що всупереч постанові ВУЦВ'к та РНК від 5 березня 1930 р. інспектури охорони здоров'я пропонують промстрахкассам кошти, які останні передбачають за своїми кошторисами на ясельну та оздоровну кампанії, передавати беспосередньо органам НКОЗ, які вже від себе і без того організують ясла та дитячі майданчики.

Цим безперечно гальмується ініціятива промстракас, цим зменшується відповідальність кас щодо здійснення літньої оздоровної кампанії. Крім того, таким становищем утворюється відсутність зацікавлености від активу застрахованих.

Беручи це на увагу, пропонуємо вдруге неухильно додержуватись директив у цій галузі, які дав ВУЦВК та РНК УСРР і тих, які неодноразово давав і Наркомздоров'я. За цими директивами цілу ясельну та оздоровну кампанію треба об'єднувати єдиним пляном, враховуючи можливості всіх організацій, які провадять цю роботу—органи НКОЗ, промстрахкаси тощо.

Практичну ж роботу промстрахкаси повинні провадити самі в межах передбачених плянів міроприємств, притягуючи до цієї роботи як найбільше свій актив застрахованих членів промкооперації.

Органи охорони здоров'я повинні й собі теж якнайбільше допомогти в роботі промстрахкас в цій справі, дбаючи про належну постановку справи в установах цих організацій і перевіряти їхню роботу. Також дбати про забезпечення установ дитячого характеру нарівні з установами НКОЗ потрібними продуктами харчування, різним устаткуванням тощо з децентралізованого постачання згідно з директивами Наркомснабу і Вукопспілки.

Про виконання повідомити в найближчий термін.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян.**

Голова Бюра Вукосоюзкас **Бушев.**

(Спільн. об. розп. НКОЗ та Вуксоюзкас № 16—343—10 з 18 травня 1931 року)

Затвердила:
Заст. Наркома Охорони Здоров'я —
М. Кустелян
27 квітня 1931 р.

155. УСТАВА

Рад у справі боротьби з тубзахворуваннями при секціях охорони здоров'я міськрад та при РЗІ

I. Щоб притягти до справи боротьби з тубзахворуваннями широкі кола працюючих пляново провадити цю боротьбу та сприяти розгорненню профілактичних заходів щодо оздоровлення праці та побуту працюючих при секціях охорони здоров'я Міськрад та райздоровінспектурах утворюються Ради в справі боротьби з тубзахворуваннями.

Увага: I. Зазначені Ради утворюються тільки при міськрадах, безпосередньо підпорядкованих ВУЦВК'ові.

II. Робота Рад при РЗІ має районовий характер.

2. До завдань рад належить:

а) притягувати до справ боротьби з тубзахворуваннями робітничу та бідняцько-середняцьку громадськість;

б) погоджувати широкі оздоровні заходи з різними організаціями та установами;

в) сприяти розгорненню профілактичних заходів (розповсюдження серед населення відомостей про тубзахворування, про засоби загальної та особистої профі-

лактики, утворення гігієнічних умов праці на підприємствах та в колсекторі села, про організацію нічних санаторій, будинків відпочинку п'ятого дня, фізкультурних баз, зелених міст тощо);

г) сприяти запровадженню оздоровних заходів серед дитинства (утворення дитмайданчиків, піонерзагонів, нічних санаторій, для школярів, денних санаторій, гарячих сніданків для школярів тощо);

д) сприяти наданню тубхворим санаторно-шпитальної допомоги та забезпеченню їх дієтичним харчуванням;

е) заслуховувати пляни, звіти та кошториси тубдиспансерів, тубвідділів єдиних диспансерів, секцій соцхвороб КОПІП'ів.

ж) сприяти розгорненню лікпрофустанов, що ведуть боротьбу з туберкульозою;

з) керувати громадськими кампаніями, вишукувати кошти на протитуберкульозні заходи.

3. До складу пленуму Ради увіходять: представник секції охорони здоров'я міськради або РЗІ, члени міськрад та РВК, що їх виділено для цієї роботи, завідателі тубустанов (в тому числі транспортових), представники від тубвідділів кожного єдиного диспансеру, секцій соцхвороб КОПІП'ів, тубінституту та його відділку соціяльної патології (якщо такі є в місті), зав. дитконсультацій, завідателі диспансерів ОЗДП, представники секцій Наросвіти, страхкаси, промстрахкаси, кооперативних організацій, Ради профспілок, спілки медсанпраці, ЛКСМУ, УЧХ, Т-ва ДД, організацій: санітарної, шкільно-санітарної та саносвітньої, Ради фізкультури, студентства, військ. саніт. відомства, представники від здоровосередків або комісій охорони праці по окремих підприємствах, сануповноважені від радгоспів та значних колгоспів.

Увага: Для участи в роботі тубради можуть запрошуватися окремі робітники.

4. Для керування та запровадження практичної роботи пленум Ради обирає президію в складі 9 осіб:

а) Голова — представник секції охорони здоров'я міськради або райздоровінспектор;

б) Заступник — представник секції соцхвороб КОПІП'у або Ради соцдопомоги;

в) Завідатель міжрайонового тубдиспансера (або зав. тубдиспансера);

г) Представник ОХМД.

Решту 5 членів обирає пленум Ради переважно з робітників та бідняцько-середняцького селянства.

Увага: Для кращого запровадження роботи та притягнення до неї громадськости президія утворює окремі комісії.

5. Президія засідає не менш 1 разу на місяць. Пленум — 1 раз на 3 місяці.

6. Президія працює за пляном, що його затверджує пленум та секція охорони здоров'я міськради або райздоровінспектор.

7. Протоколи засідань президії затверджує секція охорони здоров'я міськради або РЗІ.

8. Президія розподіляє гроші, що надходять підчас громадських кампаній. Розподіл затверджує пленум та секція охорони здоров'я.

9. Президія подає звіт за свою роботу перед пленумом та секцією охорони здоров'я міськради (РЗІ).

10. Президія для своєї роботи користується апаратом секцій охорони здоров'я міськради або РЗІ.

Затвердила:
Заст. Наркома Охорони Здоров'я —
М. Кустелян
17 квітня 1931 р.

156. УСТАВА

взаємовідносин між міжрайоновими туб-вендиспансерами та відповідними туб-веінститутами

1. Міжрайонні туб. вендиспансери діють під науково-практичним керівництвом тубвеінститутів, одержуючи від останніх методологічні вказівки та консультаційну допомогу.

В містах, де одночасно є декілька тубвендиспансерів та тубвеінститути, останні провадять науково-практичне керівництво над кожним диспансером міста окремо:

2. Міжрайоні туб. вендиспансери опрацьовують окремі науково-практичні питання вкупі з відповідними інститутами на підставі певних завдань від останніх, що є обов'язковими для міжрайонних туб-венустанов.

3. Спільна науково-дослідна діяльність тубвендиспансерів з відповідними інститутами має головне за мету:

а) пристосувати цю діяльність до завдань реконструктивного періоду;
б) пляново будувати тематику відповідно до завдань п'ятирічного пляну;
в) наближувати науково-дослідну діяльність до виробництва;
г) максимально збільшувати ефективність використовування наслідків досліджень в інтересах народнього господарства та здоровоохорони.

4. Інструктаж міжрайонних тубвендиспансерів в питаннях науково-дослідчої діяльности, консультаційну допомогу та контроль над методологічною стороною роботи відповідні тубвенінститути здійснюють такими способами:
а) надсилаючи письмові інструкції;
б) висвітлюючи відповідні питання в спеціяльній та профілактичній пресі;
в) через живий звязок—виїзди робітників, туб-венінститутів до міжрайонних туб-вен-інститутів;
г) викликаючи робітників міжрайонних туб-вендиспансерів до відповідних інститутів;
д) скликаючи крайові наради при інститутах;
е) складаючи висновки на пляни робіт та звіти, що надсилають міжрайонні туб-вендиспансери до НКОЗ.

5. Тубвенінститути здійснюють свій зв'язок із міжрайонними тубвендиспансерами через відділи соціяльної патології (відповідних інститутів) та спеціяльні відділки зв'язку з периферією при них.

6. Міжрайонні туб-вендиспансери в галузі науково-практичного керівництва підпорядковуються відповідним туб-венінститутам у м.м. Харкові, Києві та Одесі.

Увага: Перелік районів, що їх приєднано до того або іншого інституту вміщено в додаткові до бюлетеня № 8-9 НКОЗ за 1931 рік.

157. Про ремонт і збирання медінструментарія

До всіх райздоровінспекторів і голів секцій охорони здоров'я міських рад. До всіх міжрайонних фармінспекторів до ВАУ.

Копії до НКОЗ АМСРР та до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового

Надаючи особливо важливе значення справі збирання й ремонту хірургічного струментарія, Наркомздоров'я пропонує в розвиток розпорядження НКОЗУ № 16-351 з 23-II-1931 року (бюлетень НКОЗ № 8-9 з 30-IV ц. р. стор. 248) — таке:

1. Всі без винятку лікустанови повинні негайно з одержанням цього, надіслати філії Всеукраптекоуправління, до якої їх прикріплено на медпостачання увесь гідний до налагодження, а також негідний для ремонту хірургічний інструментарій.

Примітка: Лікустанови повинні здати також і цілий та гідний хірургічний інструментарій, якого за умов своєї роботи лікустанова не використовує та що не може бути доцільно використано будьякою іншою лікустановою даного району.

2. Негідний для ремонту інструментарій, що а також гідний інструментарій, що його лікутсановам не потрібно, філії ВАУ приймають за актом і відповідно розцінюють. Встановлену за оцінкою суму зараховується на користь відповідної лікустанови.

3. Увесь полагоджений інструментарій філії ВАУ обов'язково повертають після ремонту відповідним лікустановам з нарахуванням витрат на ремонт.

4. Остаточний термін надсилки лікустановам інструментарія до філій ВАУ встановлюється 15 липня поточного року.

5. Нездачу у встановлений терміи інструментарія, що її буде виявлено в порядкові спеціяльної перевірки — Наркомздоров'я розглядатиме, як зрив кампанії мобілізації внутрішніх ресурсів зі всіма наслідками, що з цього виникають.

6. Міжрайонним фармінспекторам НКОЗ та Всеукраптекоуправлінню щодекадно повідомляти Наркомздоров'я (фармгрупу) про перебіг справ збору та ремонту медінструментарія.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Кер. Фармгрупи **Ліховіцер**

(Об. розп. НКОЗ з 19 червня 1931 р.)

III. Із діяльности Наркомздоров'я УСРР та його секторів

1. Про стан і найближчі перспективи медсанобслуговування Донбасу

Увага, що її НКОЗ приділяв і приділяє Донбасу чимдалі, то все більшає. Стан у Донбасі ввесь час вимагає до себе великої уваги та вживання посилених заходів порівняно з іншими місцевостями, поперше, — за величезним індустріяльним значенням Донбасу, а подруге, за тим відставанням навіть порівняльно до решти УСРР, що було в Донбасі до 1928-29 р.р. Останні постанови ЦК ВКП(б) про посилення уваги індустріяльним районам, а також ЦККП(б)У про поліпшення культпобутового обслуговування гірників зрушили справу ще значніше.

Це доводять такі порівняльні дані:

Види допомоги	1928 р.		1930 р.		Збільш. %%	
	УСРР	Донбас	УСРР	Донбас	УСРР	Донбас
Лікарн. ліжка	29915	4273	37759	5995	26,2	40,0
Амбуляторії	2121	249	2262	253	6,6	1,7
Поліклініки	221	26	267	34	28,0	31,0
Пункти перш. допомоги	432	68	847	176	96,0	141,0

Отже, тут ясно доводиться, які переваги надавав НКОЗ справі охорони здоров'я в Донбасі.

Це посування вперед НКОЗ звичайно не визнав за задовільне і 1931 року позначається дальше посилення меддопомоги та обслуговування в Донбасі, особливо щодо провідних галузей промисловости.

а) **Пункти першої допомоги** є вже мало не по всіх заводах металевої та металюргійної промисловости.

Якщо 1930 року пункти першої допомоги були лише по основних копальнях, то 1931 року розгортається додатково 76 підземних пунктів (до колишніх 45), що дасть уже разом охоплення всіх копалень майже на 100%.

б) **Збільшення ліжкової допомоги** йде напрямком досягнення показника — 1 ліжко на 100 робітників та 1 ліжко на 150 членів родини, або пересічно 1 ліжко на 125 чол. застрахованих.

Будівництво 1931 року дає Донбасові нові лікарні з декількома ста ліжками.

в) **Перехід на диспансеризаційне обслуговування** полягає в низці заходів, починаючи з посилення справи вивчення основних профшкідливостей, промсандогляду тощо аж до переводу на систему єдиного диспансера 5 великих поліклінік (Горлівської, Кадіївської, Сніжнянської, Краснолуцької, Буденівської) утворення 15 дієтдиспансерів, 5 знов збудованих єдиних диспансерів (Чистяківка, Рутченкове, Луганське, Рикове, Макіївка), низки нових профзахбюрів тощо.

Спец. види меддопомоги

Розвиток цієї справи у Донбасі ще геть недостатній. Задоволення дійсних потреб ще не перевищує 50—60%. Дельшому розвиненню ввесь час стоїть на перешкоді брак відповідних примішень і лікарів-спеціялістів.

Проте, майже всі види спец. допомоги було значно збільшено протягом останнього часу. Якщо 1928 року на курорти було відряджено 6400 робітників і службовців (або 15 на 1000 застрахованих), та за пляном на кінець поточної п'ятилітки таких відряджень буде 17500. Ці цифри щодо дітей становлять відповідно 640 і 5000.

Санаторну допомогу було 1928 року надано 233 робітникам, хворим на ТБК та ще 1233 чел. до санаторій місцявого значення.

За останнім пляном ці цифри збільшуються до 3000 ч. для хворих на відкриту форму ТБК та 1500 – на закриту форму (крім 2000, що відряджуються на курорти). Санаторну допомогу дітям значно збільшується: 9 нових санаторій для школярів, 6 санаторій для дітей молодшого віку (до 4 років) та 11 „колоній молоді" мають охопити санаторною допомогою 19300 дітей і робітничих підлітків.

Надто кепський санітарний стан багатьох місцевостей робітничих селищ і гуртожитків давно вже категорично вимагав вживання великих і рішучих заходів.

Заходи, що їх здійснили НКОЗ та місцеві органи здоровоохорони дали рішуче зрушення:

Кількість санбакляболаторій з 9 дійшла 26 (тоді, як збільшення по всій УСРР становить тільки 13%). Кількість санітарних лікарів з 52 дійшла 80. (Ці заходи цілком відповіли директиві РНК УСРР з 3 квітня 1930 р. на доповідь наркома охорони здоров'я т. Канторовіча).

Через те, що надто розпорошені санустанови потрібували зміцнення й кваліфікованого керівництва й допомоги, НКЗ утворив у Донбасі 12 міжрайонних санітарних станцій. Останні мають у своєму складі санбюро, ляботаторію, дезинф. пункт, щепільний пункт-малярійну станцію тощо.

У зв'язку з несприятливим епідемічним станом, що був 1930 року, НКОЗ провів багато важливих заходів, як то:

а) шпиталізацію черевно-тифозних хворих доведено до 90%,

б) проведено імунізаційні щеплення 450000 особам (1931 року це щеплення охопить 800000 чол., з яких 500000 проти черевного тифу, решту проти шкарлятини,

в) улаштовано нових 35 дезінфекційних камер та інш., та інш.

Оздоровча робота на поліпшення побутових умов (на виконання постанови ЦК КП(б)У з 14-III—31 р.)

Виконуючи постанову ЦК КП(б)У з 14 березня поточного року, Наркомздоров'я спільно з місцевими органами охорони здоров'я здійснив чималу роботу щодо поліпшення санітарно-побутових умов робітників вугільної промисловости. Проведено масовий огляд обслідування всіх гуртожитків, касарень, лазень, пралень, їдалень, що є по шахтах, руднях і робітничих селищах Донбасу. Заходами численних бриґад (на чолі стояли робітники НКОЗ та його уповноважені з місцевих робітників) досягнено помітних успіхів.

Тільки за даними 13 районів і шахтогруп протягом останніх двох місяців (квітень і травень) утворено 85 різних їдалень (з них 11 великих і 12 середніх). В окремих їдальнях Риківського й Сорокинського районів відкрито близько 80 дієткутків. Досягнення цього часу — це ліквідація самообслуговування, збільшення кількости посуду, влаштування умивальників, а головне — це раціоналізоване харчування та використання харчових ресурсів.

Гуртожитки та касарні вугільних районів Донбасу, як правило, всі побілено, дезінфековано і проведено скрізь ґрунтовну дезінсекцію.

Протягом останнього місяця в згаданих лише районах збудовано або досконально обладнано 7 гуртожитків Дообладнання проведено майже по всіх гуртожитках і касарнях. За пропозицією бриґад, серед пожильців гуртожитків проведено велику санобробку та саносвітню роботу, наслідком чого утворено багато показових гуртожитків (в одній лише Сніжнянці—21, у Чистяківці—за всіх шахтах по одній).

Чимале досягнення полягає в тім, що в побутових звичках шахтарів — пожильців гуртожитків дійшли зрушення в розумінні втілення санітарних заходів уважного ставлення до гігієни тіла, одягу тощо.

Далі, в наслідок роботи бриґад у районах Донбасу провели велику очистку та налагодження майже всіх лазень і пралень. Утворено нових 15 лазень (з них дві великі). Влаштовано 65 пралень (з них 34 примітивні). Є в цій справі й чималі недоліки: не влаштовано ще сушарні для одежі шахтарів, незадовільна вентиляція, багато лазень потрібують великого ремонту й взагалі збільшення їхньої перепускної спроможности.

Для запровадження широкої дезінфекції Наркомздоров'я відправив у Донбас до 15-V 208 лазнево-пральних установок (загальна рознарядка становить 200), У районах споруджено понад 45 дезінсекторів (відомості геть неповні).

Охорона здоров'я дітей

Розвиток ясельної мережі майже до останнього часу йшов такимм темпами, що ніяк не відповідав збільшуваним вимогам в зв'язку з втягуванням жіноцтва у виробництво (% забезпечення дітей робітниць яслами становив на кінець минулого року тільки 56% по вугільній промисловості й 75%—в металюргійній (головне це через те, що госпорганами не надавали приміщень.

Отже, вже на 1931 рік розгортається на 1200 додаткових ясельних ліжок для робітниць вугільної промисловости, 500—для металевої й 200 — для хемічної. Разом це стано-

вить 1900 ліжок. Протягом цього ж таки року накреслено збудувати нові приміщення на 2785 ясельних ліжок.

Літні оздоровні заходи цього року охоплюють близько 150000 дітей шкільного віку.

Медичні кадри

Ось динаміка руху лікарських кадрів у промрайонах Донбасу:

1928-29 р. було	1172 лікарі	
На 1-IV—1930 р. було	1483 „	(себто більш на 26,9%)
„ „ —1931 р. „	1905 „	„ „ „ 62,6% порівняльно до 1928-29 р.

Забезпечення Донбасу медкадрами було ввесь час у центрі уваги й заходів НКОЗ. Тільки протягом останнього півріччя Донбас дістав од Наркомздоров'я 309 лікарів та ще 370 осіб середнього медперсоналу.

Не зважаючи на те, що Донбас має тепер 1 лікаря на 1305 населення (по УСРР ця цифра становить 2351), потреба його в медкадрах ще досить значна, і надалі НКОЗ постачатиме Донбас медкадрами першою чергою.

У Донбасі так само, як і скрізь по УСРР (насамперед у великих містах) запропоновано максимально використовувати місцеві ресурси в медкадрах (підготовка їх на базі великих лікарень, поліклінік, організації нових технікумів).

Справі наближення меднавчання до робітничих мас у Донбасі чимало служить новий медінститут, що його відкрив цього року Наркомздоров'я у Сталіні. Переважна більшість студентів цього інституту є робітники.

Треба тут водночас підкреслити, що не зважающи на низку безперечних досягнень щодо забезпечення постачання медперсоналу, що в Донбасі та забезпечення його приміщеннями, справа ця стоїть ще не зовсім гаразд.

Нове медсанбудівництво в Донбасі

Медсанбудівництво минулого року зазнало деяких гальм і перешкод, що полягали так у приставці матеріялів, складанні та затвердженні проєктів будинцтва, як і головне — в бракові багатьох будматеріялів, через що накреслене будівництво було розподілено за значенням на декілька категорій.

Плян централізованого будівництва було 1930 року виконано на суму понад 7 мільйонів карб., звичайно на першу чергу було поставлено ударне будівництво.

Щодо будівництва на поточний рік, то пляни НКОЗ накреслюють суму в 31 міл. карб., з яких 15,4 міл. припадає на Донбас. На Донбас намічено до збудування разом 40 об'єктів: 26 лікарень, 5 диспансерів, 4 сандозорчі пункти, 1 будинок саносвіти, 1 дезстанцію тощо. Більшість ударних будівництв, себ то тих, що їх будується та постачається першою чергою, припадає саме на Донбас.

Фінансування здоровоохорони

Місцевий бюджет ще й досі бере недостатню участь у фінансуванні здоровоохорони, а в Донбасі це виявляється ще більше. Ось декілька цифер що характеризують це: По всій УСРР питома вага витрат місцбюджету на здоровоохорону до всього її бюджету становить 54,3%, а в Донбасі цей відсоток не перевищує 28. Звичайно, питома вага коштів фонду меддопомоги у Донбасі значно вища, аніж по всій УСРР (71,7% проти 36,2%, що є пересічним для всієї України). Загальна сума асигнувань на здоровоохорону в Донбасі становить на 1930 р.—34,1 міл. карб. або на 39% більше, ніж 1930 року.

2. Організація лікарень — ВИШ'ів

Як відомо, колегія НКОЗ ще в грудні минулого року ухвалила за один із засобів готування медкадрів на місцях утворити на базі лікарень і поліклінік (насамперед у великих, що мають достатній кваліфікований персонал на потрібне встаткування) навчальні заклади для нижчого медперсоналу, щоб перекваліфікувати його на середній, а середній — на вищий, себ-то лікарський.

Перші такі місцеві ВИШ'і утворено при 2-й радлікарні в Харкові та в Жовтневій лікарні в м. Києві.

Доповідь тов. Ловлі, що організує цей ВИШ при 2-й лікарні в Харкові, довела, що проведено вже першу підготовчу роботу. Є згода від багатьох професорів, лікарів, фахівців викладати в цьому ВИШ'і. Хоча чимало вже зібрано учбових речей і приладь, все ж таки багато чого бракує.

Отже, колегія схвалила низку заходів, що мають зміцнити утворювані лікарні—ВИШ'і.

Запропоновано всій медсанмережі м. м. Києва, Харкова виділити для ВИШ певну житлову площу, апаратуру, речі встаткування та інш.

Поряд ВИШ'ів на базі лікарень утворюється також і медтехнікум.

Доповідь НКОЗ про утворення лікарень — ВИШ'ів буде мабуть поставлено на засіданнях бюро міськпарткомів (Київ, Харків), а також президій міських рад.

3. Дещо з постанов останньої наради головлікарів психлікарень

Ця нарада, що відбулася на початку травня (доповідь про неї колегія НКОЗ заслухала 23 травня поточного року), розробила дуже цінний матеріял про роботу психлікарень, нові напрямки її, запровадження заходів трудо-терапії, зміцнення власної матеріяльної бази (с. г. колоній, радгоспи тощо).

Визначаємо тут дещо про хиби, що про них говорили делегати наради.

Більшість психлікарень потребує значного, подекуди навіть капітального ремонту.

Отже тепер постановою наради та резолюцією колегії НКОЗ розпочинається ремонтна кампанія по всіх психіятричних лікарнях, першочергово відновлюються будинки та корпуси, що потрібують ґрунтовного ремонту.

У Сватовій Лучці мають закінчити додатковий лікарняний корпус. Цими заходами можна буде збільшити кількість ліжок у психлікарнях на 1500.

Для цього ремонту НКОЗ виділяє певну кількість будматеріялів.

Збільшується норма харчового раціону для психхворих до 3200 кальорій, а для груп фізичної праці — до 4000 кальорій.

Збільшується норми забезпечення психлікарень білизною, одягом, взуттям тощо до таких розмірів: тільне й постільне — до 8 комплектів, ковдри та халати зимові та літні — кількістю 1—1½ комплектів штатної кількости хворих. Наряди на ці речі централізованого постачання надходитимуть безпосередньо на адресу самих лікарень, а не секцій охорони здоров'я або районздоровінспектури, як це іноді робилося досі.

З найближчого випуску лікарів (1931 р.) НКОЗ відрядить 30 чол. на підготовку з них фахівців — з психіятрії та психоневрології (це при інститутах удосконалення лікарів).

На базі психлікарень утворюватимуться ділянки медтехнікумів для підготови та перепідготовки середнього медперсоналу для психолікарень (зі спеціяльним програмом). Для них лікарів психлікарень, порядком певної черговости надаватимуться що 2 роки тримісячні наукові відрядження.

Зважаючи на незначне втілення диспансеризаційних засад у роботі психлікарень, нарада ухвалила, щоб на цю методу взято було рішучий курс (при кожній психлікарні обов'язково існуватиме психодиспансер).

Щоб поліпшити матеріяльно-побутовий стан медперсоналу психлікарень, надалі йому надаватимуться земельні участки для городів або йому продаватиметься сільськогосподарська продукція колоній психлікарень.

На базі виробничих процесів, що провадимуться по психлікарнях, збільшуватиметься елемент політехнізації знань і кваліфікації медперсоналу, щоб останній мав змогу застосувати свої знання для додаткового підробітку в майстернях і в самій лікарні.

Трудпроцеси мають провадитися всіма формами з використанням посезонно виробничих можливостей майстерень і сільгоспколоній, що при лікарнях.

Нарада висловилася іще за те, щоб дальші заходи втягування психхворих у трудові процеси поряд додержування вимог психотерапії в розумінні також вдумливого індивідуального підходу до психохворих провадилося напрямком доцільного використання робсили, посилення засад самообслуговування тощо.

Надалі Наркомздоров'я передаватиме самим психолікарням сировину, щоб виготовляли вони ті вироби, що їх досі передавали в готовому вигляді (білизна, одяг, взуття) спочатку кількістю потрібною на задоволення самої лікарні, а згодом — для роботи за замовленнями решти медсанмережі, курортів, санаторій тощо.

Колегія схвалила вимоги наради щодо забезпечення психустанов їхньою власною сільгосппродукцією (для харчування хворих, медперсоналу) з тим, щоб решту передавалося іншим психлікарням, що не мають власної продукції.

Наркомздоров'я порушив перед НКЗемом питання про те, щоб психлікарням було надано певні пільги в розумінні зменшення до них вимог порівняльно до решти радгоспів (щодо темпів засвоєння земельних ділянок, щодо характеру й обсягу річних сільгосп. плянів.

НКОЗ домагається того, щоб усі питання такого порядку цілком погоджувалися та пов'язувалися з вимогами розвитку трудових процесів психхворих, бо трудова сільгоспколонія при психлікарні є продовження самої лікарні, — психіятричний санаторій при неї.

Нарешті колегія ствердила ще пункти про заходи преміювання допоміжного персоналу психлікарень за добре керівництво працею хворих, а хворих за щиру роботу (грошові додатки до звичайного заробітку тощо, або видачі натурою з виробів майстерень, як от взуття, одяг тощо).

Надалі НКОЗ провадитиме систематичний перехід на певну децентралізацію психдопомоги, сприяючи розвиткові невеликих відділків (на 30—35 ліжок) при соматичних великих лікарнях. Ці відділки визнаватимуться за філії наближчих великих центральних психлікарень.

Поставлено питання про збудування нової психлікарні на 500—600 ліжок для обслуговування південно-східної частини УСРР (для Донбасу, Маріюпільщини) й для потреб нового медінституту в м. Сталіно.

Теперішнім психлікарням колегія доручила розпочати детальне вивчення правильности показників щодо кількости психхворих на 1000 населення (цей показник уже давно вимагає вточнення).

4. Єдиний фінансовий плян Наркомздоров'я на 1931 р.

Єдиний фінплян НКОЗ на 1931 рік колегія затвердила орієнтовно сумою 294.434.700 крб. (загальне збільшення до 30 р. 51,5%), в тому числі на медсанобслуговування 268.741.400 крб., 7.560.000 крб., на наукову роботу інститутів, 18.133.300 крб. — на підготовку кадрів.

У загальній сумі 294 міл. крб. капіталовкладення становить близько 72 міл. крб. в т. ч. витрати на нове будівництво—48.888.300 крб.

Виконуючи постанови провідних органів, колегія збільшила питому вагу асигнувань на охорону здоров'я в Донбасі з 23,3%, що були минулого року до 39%. Так само збільшено відсоток призначень на Донбас із загальних асигнувань, а саме з 21,6% (1930 р.) до 24,3% (цього року).

Суми, що призначені на медико-санітарне ослуговування мають внутрішній розподіл трохи не такий, як торік, а саме: асигнування на лікувальну справу зменшено з 67,4% до 58%, на ОХМД та ОЗДП навпаки збільшено асигнування з 13,8 до 21,9%, на санепід відпущено 7% замість колишніх 6,1%.

Визнаючи за досить помітне збільшення участи інших джерел в розвиткові справи охорони здоров'я (з 8.4 до 17,3%) колегія все ж таки ухвалила, щоб мобілізація позабюджетових коштів тривала й далі.

З приводу цього вирішено надати цій роботі постійний характер, причому перевірятиметься ввесь час, наскільки виконують господарські та кооперативні організація свої зобов'язання й директиви партії та Уряду.

5. У Надзвичайній комісії боротьби з епідеміями

1. Про епідстан у районах

Останнім часом Надзвичайна комісія, як і раніше, все далі знайомиться із епідстаном у районах, заслуховуючи доповіді районних інспекторів охорони здоров'я, райсанлікарів та інш. з районів Селидівського, Оринінського, Бершадського, Янушпільського, Олексіївського та інш.

Доповіді з районів довели досить різноманітну картину: тоді як Бердичівська міжрайсанстанція приділяє досить уваги Бершадському районові (прикріленого до неї) Кам'янець-Подільська станція будьякої уваги Оринінеькому району не віддає. В деяких інших районах (напр. Янушпільському) досить незадовільний епідстан до певної міри стався в наслідок байдужого ставлення до справи охорони здоров'я від місцевих радянських організацій, насамперед самого РВК. Тут ніхто не подбав про спорудження хоча б тимчасового барака для хворих, не звернено уваги на те, щоб хоч частково зберігти транспорт. Неможливість для медперсонала через відсутність транспорту встигати на відвідування місцевостей району призвела до спізнень у запровадженні багатьох протиепідемічних заходів, у викриванні захорувань тощо.

В Олександрівському районі не зважаючи на випадки пошесних захорувань, РВК зняв декого з лікарів.

З приводу дій Янушпільського РВК колегія НКОЗ повідомила вищі урядові органи.

Комісія склала до Олексіївського РВК'у категоричну вимогу не знімати лікарів без згоди НКОЗ.

Сектору кадрів водночас запропоновано відрядити до Олексіївського району лікарів на постійну роботу або на декілька місяців.

З коштів центрального епідфонду відпущено окремим районам дотації натурою (обладнання ліжок тощо).

Епідстан Селидівського району Надзвичайна комісія визнала за задовільний. Зважаючи на виявлений брак потрібної кількости білизни в пошесному відділкові, Н. К. запропонувала якнайскоріше відшкодити цю прогалину.

2. Про перебіг місячника чистоти в Луганському, Одесі, Криворіжжі

Доповіді, що заслухала Н. К., та інші матеріяли доводять, що **в Луганському** до місячника чистоти поставилися недосить уважно. Якщо в справі розширення обслідувань

житлокоопів та їдалень дещо й зроблено, то в решті установ і щодо заходів зроблено замало.

Особливо кволо поставилася кооперація, що іґнорувала місячник, не провівши в своїх їдальнях та крамницях будьяких заходів до очистки приміщень, склепів тощо.

Комісія звернулася до місцевої РСІ з клопотанням притягти винних кооператорів до відповідальности.

Звернено увагу ЦК УЧХ, що Луганська філія ЧХ не брала належної участи в запровадженні місячника.

Щодо Одеси, то й тут комісія довідалася про незадовільну роботу й навіть недбайливе ставлення секції ком. господарства до заходів місячника чистоти (про це повідомлено голову Одеської міської ради).

Для поліпшення санстану приміських радгоспів, де бракує або недосить приміщень для гуртожитків, НК поставила питання перед відповідними організаціями, щоб агрокомбінату м. Одеси було терміново завезено потрібну кількість будматеріялів.

У Криворіжжі не подбали про належну очистку міста, через що там спостережено багато проривів у цій галузі. Особливо кепсько провели роботу в Чубарівській й Ленінській рудоуправі, на копальні ім. Карла Лібкнехта, Сланцевій тощо.

Через те, що низка доповідей досить довела, що комгоспи замало зробили в запровадженні місячника чистоти, комісія заслухала також доповідь Головного Управління комунального господарства.

Ця доповідь іще раз довела, що місцеві комгоспи недосить уважно поставилися до директив Уряду й до певних вказівок од Головкомгоспу щодо місячника чистоти.

Крім детальних вказівок про прискорення заходів очистки залюднених місць од бруду, сміття, мобілізації для цього всієї пролетарської громадськости й решти населення, популяризації місячника чистоти (перетворення заходів із кампанійного в постійний та систематичний). Надзвичайна комісія звернулася до Головкомгоспу з пропозицією прискорити подання до РНК проєкта закону про обов'язковий мінімум упорядкування залюднених місць, а також негайно опрацювати відповідні правила до застосування згаданого закону.

3. Ще раз про санітарний стан студентських гуртожитків

Ще в лютому місяці Надзвичайна комісія констатувала низку порушень санітарнах правил у студентських гуртожитках (зокрема в найбільшому з них „Гігант"). На подання НКОЗ Управління Справ Раднаркому зауважило Харківській міськраді потребу негайно реалізувати вимоги сандокладу. 18 — 23 березня представники Наркомздоров'я спільно з міським санлікарем перевели перевіркове обслідування, за якого було знову таки констатовано низку дефектів щодо санстану студентських гуртожитків.

Недавно (29 травня) НКОЗ через тих самих інспекторів провів нове обслідування Виявлено, що на виконання попередніх указівок не тільки нічого не зробили, але навіть стан „Гіганта" ще погіршав.

Отже, справу про бездіяльність управління студенських гуртожитків передано до прокурора з кваліфікацією бездіяльности управління, як службового злочину.

Так само повідомлено РНК УСРР про те, що Харківська міська рада не виконала попередніх розпоряджень щодо поліпшення санстану студентських гуртожитків. Тепер управлінню гуртожитків дано півмісячний термін на остаточне та ґрунтовне виконання пропозицій і вимог попередніх обслідувань. Справу про кричущі санітарні порушення в будинках студгуртожитків слухатиметься показовим порядком.

6. Із постанов останньої наради сектора науки НКОЗ спільно з директорами інститутів

Ця нарада відбулась в кінці травня місяця та ухвалила низку надзвичайно важливих питань щодо дальшої роботи наукових інститутів.

Наведемо тут деякі з цих постанов:

Про роботу бюр наукових інститутів

Такі бюра утворено в найбільших містах України, де зосереджено по кілька наукових інститутів. Отже нарада запропонувала всім головам бюр наукових інститутів, щоб вони розпочали безпосередню роботу, при чому їх попереджено, що гроші відпускатимуться лише тим, хто подасть об'єднані пляни роботи (щодо масових робітничих університетів, опорних пунктів, експедицій тощо). До складу цих бюр включено директорів мединститутів, інститутів удосконалення лікарів, а також голів секцій охорони здоров'я міськрад.

Про дальшу роботу масових університетів

Нарада підкреслила, що основним завданням роботи масового університету є — піднести рівень санкультурности та письменности робочого активу; готувати кадри для

керівництва КОПІП'ами, готовити людей — на майбутніх висуванців в апараті, а також надавати широким робочим колам можливість готуватися до робітфаків, медтехникумів та медвишів тощо.

За організаційну форму масових університетів встановлено оо'єднаний загальний курс при будинкові санкультури, при чому при окремих наукових інститутах та медінститутах утворюється спеціяльні відділи.

Щодо методики роботи, то вирішено широко використовувати кіно, голосну читку, театр, роботу в ляtбораторіях, диспути та інші заходи не тільки на засадах загального навчання, але й на началах широкої самодяльности самих учнів.

Відносно програми нарада висловилась за те, щоб до загального циклу дисциплін було включено також точні науки, як фізика, хемія, математика тощо.

На голів бюр наукових інститутів настановлено: в Харкові **т. Дроздова**, в Києві— **т. Бендерську**, в Одесі—**т. Волкового**, в Луганському і Сталіні—**т. Арнольді.**

Про організацію опорних наукових пунктів

Кількість опорних пунктів наукової роботи стверджено в 200, при чому на Харків Київ, Одесу, Дніпропетровське припадає по 40 медпунктів а на Сталіно та Луганське по 20.

Про науково-дослідну роботу медінститутів

Нарада визнала за потрібне, щоб науково-дослідну роботу катедр медінститутів було чимдалі, то більш розгорнено.

Для цього запропоновано науковим інститутам всіма засобами полегшувати робітникам катедр переводити наукову роботу в наукових інститутах.

Певні асигнування на наукову роботу катедр мединститутів відпускатимуться за відповідним бюджетом.

Про аспірантуру

Нарада підтвердила, що відповідальність за роботу аспірантури так у медінститутах як і наукових інститутах з того часу, як аспірант перейшов до відповідної установи, покладається на директора даного інституту, причому керівництво здійснює інститут удосконалення лікарів в порядкові загального комплексу та здійснення адміністративно побутових питань.

Директори наукових інститутів повинні, яко мога більше допомагати **ін-там** удосконалення лікарів у розв'язанні побутових питань.

7. Про досвід міських конференцій охматдиту

У грудні місяці група охматдит НКОЗ запропонувала містам перевести конференції за активною участю інститутів охматдиту.

Група охматдиту висунула такі питання для проробки на цих конференціях:

1) перспективи розвитку мережі охматдиту на 1931 рік,
2) звіт про роботу за 1930 р.,
3) підготовка до літньої оздоровної кампанії.

Конференції відбулися майже по всіх пунктах, де їх накреслила група охматдиту.

Треба констатувати, що інститути виявили в цьому активну участь і поставили цілу низку найактуальніших питань щодо охорони материнства, дитинства та підлітків.

Крім робітників охматдиту, в цих нарадах взяли участь також і представники широкої радянської громадськости, а також громадські добровільні т-ва й профспілки.

Деякі міста організували не лише конференції міста, а притягли до цього райони своєї колишньої округи. Таким чином, по деяких містах, а саме: Бердичів, Київ, Вінниця того, були конференції не лише цих міст, а справжні міжрайонові наради.

Досвід цих нарад яскраво довів, що такі конференції є найкраща форма безпосереднього інструктажу нашими інститутами робітників місте і що цього досвіду треба вживати, як пляновий захід керівництва та інструктажу роботою.

Треба лише вказати, що за тими даними, що їх одержано, неможна зробити певний статистичний звіт про ту роботу, яку проробили.

Було одне непорозуміння в Сталіні, на конференції якого повинен був взяти участь Дніпропетровський інститут охматдиту, а м. Сталін чомусь чекав на доповідача з Харкова, і не сповістив своєчасно Дніпропетровське про конференцію.

Зараз треба перевести знову районову конференцію в справі організації сезонових літніх ясел та щоб заслухати звіт про оздоровну кампанію.

Група охматдиту ухвалила провести не лише конференції, але також організувати радіо-переклик за зразком того, як це було організовано 2 червня ц. р. В цьому радіо-перекликові взяли участь м. м. Сталіно, Горлівка, Луганське, Полтава та Вовча. Такий радіо-переклик дає змогу Наркомздоров'я бути в курсі тієї роботи, яку зараз проводиться.

IV. Із діяльности Наркомздоров'я РСФРР

1. Про боротьбу з малярією на торфорозробках

Наслідком систематичної та пляномірної боротьби з малярією в багатьох місцях дійшли значного зниження захорувань на малярію серед робітників на торфорозробках, а саме: 12,8%, що було 1925 р., до 4,4% на початку 1930 року.

Зважаючи на надзвичайну можливість виконання цілком промфінпляна в галузі здобування торфу, Наркомздоров'я РСФРР ухвалив: посилити боротьбу з малярією серед робітників по здобуванню торфу й серед інших заходів, накреслив таке:

а) покласти на тропічний ін-т Наркомздоров'я всю справу організації та контролі боротьби з малярією на торфорозробках;

б) всі протималярійні організації, ураховуючи розширення здобування торфу, забезпечити відповідними коштами, а також спеціяльними асигнуваннями на запровадження профілактичних заходів;

в) в місцях, де зосереджується здобування торфу, посилюється комплектування мережі протиматярійних установ з наближенням їх до місця проживання робітників.

2. Про реорганізацію пляневого управління

За останнім розпорядженням встановлено таку структуру пляневого управління Наркомздоров'я РСФРР: кон'юктурна група, група плянування (синтетична), епідемічна група, група будівельна, група постачання, бюджетова група, група статистична.

3. Про постановку боротьби з проказою в РСФРР

Колегія визнала, що тропічний ін-т недосить керував постановкою лепрозорної справи (зокрема в лепрозорії „Крутые ручьи").

Надалі боротьба з лепрою та реорганізація лікування лепрозних провадиметься на таких підставах:

а) в окремих місцях, де є захорувані на лепру, утворюються сільсько-господарчі об'єднання із осіб уражених на лепру, на засадах усуспільненої праці;

б) ці господарські об'єднання правитимуть водночас за лікувальні центри, а також за центри для наукового вивчання боротьби з лепрою.

Спеціяльні катедри або курси вивчання лепри утворюються в Саратовському або Астраханському мед. ін-ті;

в) у лепрозному відділі тропічного ін-ту розпочинають вивчати нові методи лікування лепри.

4. Про розгортання ясельної мережі

За пляном Наркомздоров'я РСФРР розгортається 130 тис. ясельних ліжок. Крім того, передбачається розгорнути додаткових 60 тис. ясельних ліжок через використання ріжних житлових приміщень.

Колегія в своїй директиві запропонувала надалі розгортати мережу ясельних ліжок незалежно від будування нових ясельних будинків, через ущільнювання наявного ясельного фонду, використання ясел для обслуговування другої та третьої зміни на підприємстві, пристосування окремих приміщень і т. інш.

5. Про роботу курбюра

Останнім часом у пресі („Известия", „Гудок") було вміщено замітки про ріжні порушення правил розподілу курортних місць.

Колегія Наркомздоров'я РСФРР дійсно визнала роботу курбюра щодо розподілу місць між робітниками за незадовільну.

Визначено, що курбюро, зокрема звернуло недосить уваги на обслуговування робітників-ударників, не зважаючи на відповідні постанови колегії. Визначено водночас, що певні перешкоди в справі відправки хворих робітників на курорти, були від органів Наркомшляхів, що не потурбувалися про розвантаження деяких залізничих станцій та щоб курортникам було своєчасно подано вагони.

6. Заходи до зниження захорувань робітників окремих підприємств провідної галузі промисловости

Колегія Наркомздоров'я РСФРР, маючи на меті далі розвивати роботу за зниження захорувань на травматизм серед робітників провідної галузі промисловости, виділила для посиленого догляду та запровадження широких заходів низку підприємств, як заводи Надеждинський, Верхнє-Ісетський (на Уралі), Сормовський (Нижегородський край), Кузнецкбуд (Сибір), завод „Серп і Молот“ у Москві, Сельмаш на Північному Кавказі й т. інш.).

Роботу провадять відповідні наукові ін-ти в справах профзахорувань, користуючись з здоровпунктів, що на підприємствах, причому персональну відповідальність за правильну організаційну та науково-практичну роботу несуть директори ін-тів.

Здоровпункти вищезазначених підприємств посилюються (на Надеждинському заводі штат лікарів збільшується до 5, на Сормовському до 11, на Кузнецькбуді збільшується кількість лікарських здоровпунктів до 6 та інш.).

Ця робота на згаданих підприємствах за постановою колегії не повинна ніякою мірою послаблювати розгорнення заходів щодо зниження захорувань на травматизм по інших підприємствах.

7. Про розподіл молодих лікарів 2-го випуску 1931 р.

Управління кадрів Наркомздоров'я РСФРР розподіляє лікарів 2 випуску 1931 року так, що пунктам першої допомоги на підприємствах надається 400 лікарів, на справу боротьби з епідемією 100, санлікарів — 550, на охматдит і ОЗДП—350, на наукову роботу—150, на роботу промсанітарії—100 і т. інш.

Покищо розподілено 1750 лікарів із загальної кількости 2810, що закінчують курс цього року.

Для всіх, що закінчують тепер курс, встановлюється річний термін для лікарської практики, але водночас виділено 1450 лікарів, що мають ще **додатково** спеціялізуватися на такі терміни — лікарі пунктів першої допомоги протягом одного м-ця, санлікарі та організатори охорони здоров'я по $1^1/_2$ м-ці, охматдитчики на 2 м-ці з обов'язковими шоститижневими курсами на виробничій практиці в пологових будинках.

V. Об'яви та оголошення

1. Виключаються зі списку дезертирів:

1. Лікар **Бурткевський**, що, за повідомленням Ново-Українського райздоровінспектора, повернувся до роботи в районі.
2. Акушерка **Новак** Ганна Гнатівна, яка повернулась до місця своєї роботи в Олевському р-ні.
3. Лікарка **Шкурупій** Варвара Івановна через те, що залишення роботи було погоджено з Р. В. К.
4. Лік. **Горбач** Н. М, що розпочала роботу в районі.

2. Дані досліджень надсилати одночасно з відрядженням самого хворого

Останнім часом спостережено, що райздоровінспектури та секції охорони здоров'я відряджуючи хворих до лікбюр та інститутів для спец. лікування, не надсилають разом з хворими всіх даних попередніх досліджень (аналіз, рентген, історії хвороби тощо).

Це призводить до значної зайвої затримки хворих в різних лікустановах, бо доводиться робити повторні досліджування та спостереження.

Отже пропонується надалі, відряджуючи хворих для спецлікування, обов'язково надсилати одночасно всі дані попередніх досліджень.

(Лист НКОЗ ч. 314—10—282 з 19 червня 1931 р.).

3. Про тих що свавільно кинули свою роботу

Нищезазначених медробітників — дезертирів НКОЗ пропонує не брати на роботу а про їхне місцеперебування подати відомості до Наркомздоров'я.

№№ чергові	Прізвище, ім'я та по-батькові	Де працював	Посада	Примітка
1	Бернштейн Сара	Вознесенський р-н	2-й лікар Покровської лікарні	
2	Герасименко Йосип Петрович	Городищенський р-н	Лікар с. Валяви	
3	Гартман	Каменська секц. охорони здоров.	Лікар Криничевської лікарні	
4	Васильченко Павло Антонович	Двурічанськ, р-н	Лікар медпод. с. Двурічне	
5	Станков	Коларівськ. р-н	Лікар райлікарні	
6	Сукманський І. А.	Сумський р-н	Лікар єдиного диспансеру м. Сум	
7	Біснувата Софія Марковна	Лихівський р-н	Лікар	Виїхала до Кремінчука
8	Гольдберг І. А.	Малинівський р-н	„	
9	Кілесо Костянтин Григорович	Могильницьк. р-н	„	
10	Ілліаді	Донецький ін-т паталогії	„	Не виїхав за нарядом по мобілізації
11	Фрідман І. Н.	Ново-Георгієв. р-н	„	Є відомості, що виїхав до Одеси
12	Клістер Д. Л.	Красно-Кутський р-н	„	Напр. з м. Одеси в порядку пересунення
13	Балабанов Михайло Михайлович	Тростянецький р-н	„	Виїхав до РСФРР
14	Лепке Дмитр. Павл.	Коростенськ. р-н	Лікар амбуляторії Гута-Мошків.	
15	Барська Фаня Соломон.	„ „	Шк. сан. лікар	
16	Буркутська А.	II-ка ст. Лозова Півд. зал.	Лікар-ляборман	
17	Вайнтрауб Грицько	Н. Сірогозьк. р.	Зублікар	
18	Лейдерман Есфір Григоровна	Томашпільський р-н	Зублікар Вапнярської амбулятор.	
19	Промислова Е. Ш.		Зуботехнік	Вип. 31 р. відмовилась їхати за нарядом на Донбас
20	Пономар Віра Дмитровна	Цюрупінський р-н	Акушерка В. Конанськ. амбуляторії	

№№ чергові	Прізвище, ім'я та по-батькові	Де працював	Посада	Примітка
21	Рубінфайн Есфір Наумовна	Плисківський р-н	Акушерка Скоморошівського медучастку	
22	Камінська	Ярмолинецьк. р-н	Акушерка	
23	Піліпенко О. Г.	Брусиловськ. р-н	Акушерка Ставищанського медпункту	
24	Сорокіна О. Г.	Коларівський р-н	Акушерка	Вип. 31 р., відмовилась виїхати за нарядом
25	Мартинівська Ол-дра Володиммровна	Тростянецьк. р-н	„	Проживає в с. Жигалівц. Тростянецьк. р-н
26	Коромислова	Понорницьк. р-н	„	
27	Бубнова Антонина Миколаївна	Таджикинськ. р-н Туркмен. СРСР	Ліклом-акушерка	Вип. 1930 р.
28	Равна Тетяна Миколаївна	Сквирськ. р-н	Медсестра	
29	Ткаченко М. А.	Кадіївський р-н	„	
30	Гольдберг-Москалюк Фаня Самойлозна	Потіївський р-н	„	
31	Крементуло	Понорнипький р-н	„	
32	Моргун В. Ф.	Херсонська исихлікарня	„	

33. **Курдюмов Н. Н.** Наркомздоров'я УСРР пропонує під особисту відповідальність райздоровінспектора, де працює лікарь Курдюнов Н. Н., який свавільно кинув роботу в Узбекистані, зняти його з роботи та передати в розпорядження Андижанського здороввідділу Узбекистану, повідомивши в копії НКОЗ.

34. **Петренко Ілько Кузьмич** Наркомздоров'я пропонує не приймати на роботу й сповістити про місцеперебування. Петренко І. К. вип. 1931 р. Харківського медінституту, до цього часу не прибув, за призначенням НКОЗ, до Шполянського району.

4. Конкурси

а) Харківський Медичний Інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:
1) Одного зав. катедри епідеміології;
2) Одного штатного ординатора факульт. терап. клін.
Термін — 15 серпня 1931 року.
Заяви про бажання взяти участь в конкурсі треба надіслати до медінституту, вул. К. Лібкнехта, ч. 41.
До заяви треба додати короткий життєпис, наукові роботи та відповідні документи про службу та громадську роботу.

б) Медико-Педологічний Інститут (Харків, вул. Революції № 13) оголошує конкурс на заміщення таких посад:

1) Біологія — 1 професор.
2) Анатомія — 1 асистент.
3) Фізіологія — 1 професор, 2 асистенти.
4) Біохемія — 1 доцент, 2 асистенти.
5) Педологія — 1 професор, доцент та асистент.
6) Педіятрія — 1 професор, 2 асистенти.
7) Педагогика — 1 професор, 2 доценти, 2 асистенти.
8) Бактер. з епідем. — доцент та асистент.
9) Патолог. фізіол. — доцент та асистент.
10) Загальна гігієна — доцент, асистент.
11) Фізкультура — професор.

Особи, які бажають взяти участь в конкурсі, мусять подати до Ін-ту такі відомості:
1) Життєпис.
2) Спис наукових робіт і самі роботи.

Термін конкурсу до 15 серпня 1931 року.

в) Інститут Охматдиту (Київ, Повітрофлотська соша № 24) оголошує конкурс на асистента лікаря з дефектології.

Термін конкурсу до 15 серпня цього року.

г) Український Держінститут клінічної психіятрії та соціяльної психогігієни оголошує конкурс на нові посади:
1) Асистентів відділу соціяльної патології.
2) Асистентів і ординаторів клінічного відділа.
3) Асистентів ляобраторного відділа.
4) Асистента антропометрії і конституціонології.
5) Прозектора — гистопатолога.

Платня за ставками НКОЗ плюс надвишка за стаж.

Заяви із життєписом, роботами, висновками й інш. подавати на ім'я директора інституту (Харків 11, Конюшенна 34).

д) Всеукраїнський Експериментальний хем. фарм. інститут оголошує конкурси на такі посади.
1) Завідателя контрольно-аналітичного відділу інституту (професор, або доцент).
2) Завідателя відділу перепідготовки та вдосконалення кадрів фармако-аналітиків для контрольно аналітичних ляобраторій по аналізі лікречовин та для Інституту (професор, або доцент).

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, повинні надіслати до Експериментального Фармацев. інституту (м. Харків, Скрипницька вул. № 8) заяву, докладний життєпис, наукові праці та відповідні документи.

Останній термін подачи заяв 1 вересня цього 1931 р.

е) Київський санітарно-бактеріологічний інститут оголошує конкурс на такі посади:

а) Молодшого асистента епідеміологічного відділку. Зарплатня — 110 — 160 карб. Стаж не менш 3 років з бактеріології.

Перевага надається кандидатові, що володіє чужоземними мовами.

б) Асистент Пастеровського відділу. Зарплатня — 120 крб. Обов'язково знайомство з методикою Пастеровських щеплень. Стаж з бактеріології не менш 3 років.

Термін конкурсу 25 серпня 1931 р.

Заяви з життєписом та науковими працями надсилати в адресу Київського Сан. Бак. Інституту, вул. Стеньки Разіна № 4.

ж) Донбасівський інститут Комунальної Гігієни ім. К. Е. Ворошилова оголошує конкурс на заміщення таких посад:

1. Поввідділу санітарної техніки та комунального будівництва:
а) Зав. відділом,
б) Зав. відділком води та водопостачання,
в) Ст. асистентів цього відділку (санлікар. інженер, хемік),
г) Зав. відділком житлового будівництва та плянування населених пунктів.
д) Ст. асистентів цього відділку (санлікар, інженер архітектор, санінженер),
е) Зав. відділком очистки та благоустрою населених пунктів,
ж) Ст. асистентів цього відділку (інженер-конструктор, хемік),
з) Зав. сан.-гіг. ляобраторією.

2. По Епідеміологічному відділу:
а) Зав. відділу.
б) Зав. протозойного відділку,
в) Зав. пастерівського відділку,
г) Ст. асистентів протозойного відділка (маляріолог, гельментолог)
д) Зав. бактеріологічної та серологічної ляобраторії.

3. По відділу громадського харчування:

а) Зав. відділу,

б) Ст. асистентів (організатор та раціоналізатор громадського харчування, дієтетик, харчовик гігієніст).

4) Зав. статистичного бюра.

Умови праці:

а) Зарплатня від 200 до 400 крб. залежно від стажу та кваліфікації,

б) підйомні, місячний оклад,

в) кватира при інституті.

Особи, що бажають носіти ці посади повинні подати заяву, потрібні документи та наркові праці до інституту в таку адресу: м. Луганське вул. Юного Спартака № 3, Донбаський Державний інститут Комунальної Гігієни.

з) Укр. Мед. Аналітичний інститут (Одеса, вул. Червоної Гвардії, 17) оголошує конкурс на заміщення посад викладачів з таких предметів:

1) Математика 1 доцент-позаштатна посада,
2) Неорг. хемія 1 професор-штатна посада,
3) Неорг. хемія 1 асистент — позаштатна посада,
4) Анатомія з гістологією 1 проф. 1 асист. позаштатні посади,
5) Фізична та колоїдна хемія — 1 проф. штатна посада.
6) Історія техніки 1 доцент — позаштатна посада.
7) Фізіологія праці 1 доцент — позаштатна посада.
8) НОТ 1 доцент — позаштатна посада.
9) Фізіологія харчування та організація гром. харчування 1 доцент — позаштатна посада.

Заяви з додатком короткого життєопису, довідки про громадську роботу та списа друкованих наукових робіт слід надсилати до 1 серпня ц/р. на адресу: м. Одеса, вул. Червоної Гвардії, 17, Укр. Мед.-Аналітичному Інститутові.

и) Харківський Медичний інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

а) Одного асистента з лікпрофстоматології

б) Одного асистента з пропедевтики внутр. хвороб стоматол. фак-ту.

Термін конкурсу 20 серпня 1931 р.

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі треба подавати на адресу медінститута Харків, вул. К. Лібкнехта № 41.

До заяви треба додати короткий жеттєопис, наукові праці та відповідні документи про службу й громадську роботу.

к) Смілянська райздоровінспектура оголошує конкурс на посаду лікаря-інтерна райлікарні.

Умови: зарплата за тарифом держнормування, надається кватиря, опалення за харчування при лікарні безплатно.

Звертатися (подаючи відомості про стаж, життєпис та висновки громадських організацій на адресу Смілянського райздоровінспектора м. Сміла, кол. Шевченк. окр.

л) Дніпропетровський державний інстирут удосконалення лікарів.

Оголошує конкурс на посади інтернів з катедр. Бактеріології — 2, Епідеміології — 2, Промсанітарії — 3, Житлової санітарії — 4.

Привалість інтернатури з Вактеріології 2 роки, з рестифахів 1 рік Інтерни одержують 100 крб. на місяць стипендії та 10 крб. кватирних і повинні відслужити $1^1/_2$ роки за один рік інтернатури.

Заяву та життєописи подавати до Інституту не пізніше 25 серпня ц/р. на адресу: м. Дніпропетровське, Ворошилівська вул. 12 Інститут удосконалення лікарів.

5. Центральне бюро сприяння винахідництву при НКОЗУ найближчим часом передасть для масового виготовлення знов винайдений—апарат для промивання плевральної дуплини й вдування до неї газу системи лікаря Р. А. Булгача

Цей прибор призначено для аспірації ексудатів промивання плевральної дуплини й вдування до неї газу. В терапевтичній, хирургічній й дитячій практиці цього прибору можна вживати для аспірації ексудатів й промивання плевральної дуплини за гнійних плевритів.

У туберкульозній практиці — для промивання плевральної дуплини й вдування в неї газу за лікування гнійних пневмоплевритів.

Прибором можна аспірувати газ з плевральної дуплини за спонтанного пневмотораксу.

Прохання до всіх зацікавлених установ подавати заявки до Всеукраїнського аптекоуправління—Харків, Ярославська вул. 5, виробничий відділ.

6. МЕДНОВИНКИ УКРКНИГОЦЕНТРУ ДВОУ

(Харків, вул. К. Лібкнехта № 31)

ВИЙШЛИ З ДРУКУ

Автор	Н а з в а	Ціна
	Укрмовою	
Варушкін	З чого люди хоріють	—.07 к.
Ровно	Що таке неуспішність у дітей	—.15 „
Висяткіна	Опухи жіночої статевої сфери	—.10 „
Авідон	Робота осередків Червоного Хреста в Червоній Армії	—.10 „
Гоц	Одеські курорти	—.10 „
Кендель	За здорові зуби	—.15 „
Чайковський	Бережить продукти від жування	—.18 „
Абрамовіч	Гігієна гончаря	—.15 „
Ємченко	Ляboраторна фізіологічна хемія. Частин. III (Посібник по медичних ВИШ'ах)	2.10 „
Ноневіч	Житло та побут сільсько-господар. робітника	—.15 „
Салько	Безпритульність та боротьба з нею	—.10 „
Компанієць	Носові кровотечі	—.15 „
„	Вушна теча	—.15 „
„	Захорування вуха, горла й носа	—.15 „
Лас	Здорове статеве життя	—.15 „
Ізраїльсон	Що таке Васерманова реакція	—.10 „
Бух	Піонери, як саносвітники	—.30 „
Абугова та Теверовський	Чому бувають бездітні шлюби	—.08 „
Плякат	Протизачаткові засоби	—.65 „
„	Отруйні речовини та охорона від них	—.65 „
Єфімов	Яз поширюється черевний тиф	—.10 „
Коломойцева	Поради колгоспниці, як годувати дітей	—.15 „
Берштейн	Як подовати першу допомогу	—.15 „
„	Найдьоновщина (суд над акушерками та лікарями, що робили потайні аборти)	2.— „
Гоц	Як організовано радянські курорти	—.10 „
Плотічер	Розумовий розвиток дитини	—.10 „
Бондаренко	Якими хоробами заражається людина від свійських тварин	—.10 „
Зарічна	Рятівник	—.10 „

Замовлення — до всіх філій Укркнигоцентру ДВОУ, до кооперативних книгарень, до мед. групи Укркнигоцентру (Харків Купецький спуск № 2/14-15)

7. Заочні курси з діялектики в медицині

Всеукраїнський Інститут Заочн. Мед. Освіти спільно із Всеукраїнським товариством лікарів-марксистів організує для лікарів заочні курси з діялектики в медицині. Курс складається з 3-х циклів:

1. Загальний курс діялектичн. матеріялізму.
2. Діялектика в патології.
3. Діялектика в соц. медицині.

Курс буде видаватися окремими лекціями протягом 1—$1^1/_2$ років. Лекції обсягом 40—50 аркушів.

Плата за курс 10 крб.

Заяви напрямувати на адресу: Харків, Наркомздоров'я, ВІЗМО.

Термін подачи заяв до 4 листопада 1931 р.

Всеукраїнський Інститут Заочної Медосвіти

НАРКОМЗДОРОВ'Я УСРР

ОГОЛОШУЄ ПРИЙОМ ДО ЗАОЧНИХ МЕДТЕХНІКУМІВ, ЩО МАЮТЬ ПІДГОТУВАТИ СЕРЕДНІЙ МЕДПЕРСОНАЛ

ПОМЛІКАРІВ ЄДИНОГО ДИСПАНСЕРУ Й АКУШЕРОК

Прийом провадитимуть приймальні комісії при Секціях Здоровохорони та Райздоровінспектурах до 1 вересня ц. року.

Докладні відомості в справі прийому та потрібних документів можна одержати в вищезазначених відділах здоровохорони.

Особи, що закінчили заочний технікум дістають права нарівні з особами, що закінчили відповідні стаціонарні навчальні заклади

Дирекція ВІЗМО

Оперативний плян курсів підвищення та перекваліфікації на квартал 4 — 1931 р.

НАЗВА КУРСІВ	У Харківському інст.			У Київському інст.			У Одеському інст.			У Дніпропетр. інст.		
	Загальна кільк. курс.	Тривалість		Загальна кільк. курс.	Тривалість		Загальна кільк. курс.	Тривалість		Загальна кільк. курс.	Тривалість	
		Міст	Термін курсів		Міст	Термін курсів		Міст	Термін курсів		Міст	Термін курсів
А. Підвищення кваліфікації												
1. Дільничних лікарів (стаціон.)				70	5	1/X — 1/IV-32 р.	30	5	1/XI — 1/IV	40	5	1/X — 1/III-32 р.
2. Дільничн. (амб.) . .				25	$3^1/_2$	15/X — 1/II-32 р.						
3. О. Х. М.				30	3	1/X — 1/I-32 р.						
4. О. З. Д. П.				20	3	1/X — 1/I						
5. Очників				25	2	1/X — 1/XII-31 р.						
6. Райздоровів (не лікар.)	20	3	15/IX — 15/XII	20	3	15/IX — 15/XII						
7. Райздоровів (лікарі)	20	2	1/XI — 1/I-32 р.				15	2	1/X — 1/XII-31 р.	20	2	15/X — 15/XII-31 р.
8. Промсанлікарів (метал. ухил)										20	2	1/X — 1/I-32 р.
9. Лярінгологів										10	2	1/XI — 1/I-32 р.
10. Терапевтів (з дієт. ухил.)							25	3	1/XII — 1/III-32 р.			
11. Венерологів							25	3	1/X — 1/I-32 р.			
12. Туберкульозників .							20	3	1/XI — 1/II-32 р.			
13. Судов. медиків . .							15	4	1/XI — 1-II			
14. Хірургів							20	3	15/XII — 15/III			
15. Дільн. лікар. (філіали)							20	3	1/XI — 1/II-32 р.			
16. Одонтологи							20	4	1-XI — 1/III-32 р.			
17. ФЗУ (трансп.) . . .	25	2										
18. Рентгенологи . . .	20	1	1/XII — 1-I-31 р.									
19. Травматологів . . .	20	1	1/XII — 1/I-32 р.									

Б. Підготовка

20. Лікарів єд. диспанс.	25	3	1/XI — 1-II-32 р.	30	3	1/X — 1/I-32 р.	20	3	15/X — 15/I-32 р.	20	3	1/XII — 1/III-32 р.
21. Житл. ком. 1 цикл .	25	2	1/X — 1/XII-31 р.									
22. Епідеміологів . .	25	$1^1/_2$	15/XI — 1/I-32 р.									
23. Дієтетиків	25	3	1/XI – 1/II-32 р.									
24. Промсанлікарів . .	25	3	1/X — 1/I-32 р.									
25. Психотехників . . .	25	3	1/XI — 1/II-32 р.									
26. Саносвітників . . .							20	2	1/XII — 1/II-32 р.			
27. Санхарчкурси . . .							30	3	1/XII — 1/III-32 р.			
28. Шкірно-венер. . . .										20	3	15/X — 15/I 32 р.
29. Рентгенотехників .				15	9	1/X — 1/VII-32 р.						
30. Харчов. лябораторій (умовно)							25	3				
31. Анкологів	20	1	15/XII — 15/I-32 р.									

Примітка 1. П.п. 1 та 2 — $^1/_2$ хірургічного ухилу.

До п. 19 — комплектуються з хірургів

До п. 20 — комплектуються з терапевтів

До п. 21 — 22 – комплектуються з лікарів загально-санітарних, житлово-комунальних, які не проходили курсів та лікарів інш. фахів

До п. 23 – комплектуються із санлікарів, бактеріологів та терапевтів

До п. 24 – комплектуються з терапевтів

До п. 25 — комплектуються з промсанлікарів, які не проходили курсів та лікарів інших фахів

До п. 27 — комплектуються з лікарів інших фахів

До п. 31 — Термін курсів буде встановлено інститутом додатково

Примітка 2. Крім зазначених курсів, Інститутам надано право провадити окремі додаткові курси коштом районів та зацікавлених організацій. За всіма довідками та вказівками звертатися до відповідного інституту вдосконалення.

Перевірено 1948 р.

Відповідальний редактор **С. І. Канторович.**

ДВОУ УПП. 7 Друкарня ім. Фрунзе. Харків, Донець-Захарж., 6.

Укрголовліт 107-жб. Зам. 836. Прим. 6.350

У.К.Д.